

LES ANXIEUX

par

A. DEVAUX
J. B. LOGRE



Devaux, Albert

ETUDES DE PSYCHOLOGIE MORBIDE

PUBLIÉES SOUS LA DIRECTION DU Dr DUPRÉ

LES ANXIEUX

ÉTUDE CLINIQUE

PAR LES DOCTEURS

DEVAUX ET LOGRE

PRÉFACE DU Dr DUPRÉ



MASSON & CIE, ÉDITEURS

LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, VIe, PARIS

1917

PRÉFACE

Cet ouvrage avait été déjà livré à l'impression, et allait paraître, en août 1914, lorsque la Guerre éclata. Et voici que, deux ans plus tard, riches d'une expérience nouvelle, acquise dans les ambulances de l'avant et les services neuro-psychiatriques d'armée, les auteurs ont entrepris d'achever la publication commencée, mais en en y ajoutant, cette fois, comme couronnement naturel de l'œuvre du temps de paix, un chapitre original sur l'*Anxiété de guerre*.

Le livre, consacré par mes élèves Devaux et Logre à l'histoire des « *Anxieux* » devait inaugurer, dans notre pensée, une série de travaux psychiatriques et médico-légaux, publiés, sous ma direction, dans un esprit essentiellement clinique et pratique. Mes collaborateurs dans ces « *Études de psychologie morbide* », s'étaient proposé de développer, avec une entière indépendance de con-

ception et de critique, quelques-uns des points principaux de mon enseignement à Sainte-Anne (Institut de médecine légale et de psychiatrie), à l'École de Droit (Conférences du certificat de Droit pénal), à l'hôpital Laënnec, et, surtout, à l'Infirmerie spéciale de la Préfecture de police.

Dans ce premier volume, consacré aux anxieux, mes amis Devaux et Logre, associés déjà si souvent à mes travaux de médecine générale et de neuro-psychiatrie, ont voulu mettre au point, en y ajoutant quelques notions nouvelles, le vaste chapitre de l'anxiété morbide. Il n'est pas en psychiatrie, de question plus attachante et d'un intérêt plus actuel, surtout depuis la guerre, que cette *pathologie de l'émotivité*. Dans mon rapport à la séance spécialement consacrée à l'émotion par les Sociétés réunies de Neurologie et de Psychiatrie, en 1909, j'avais apporté à cette étude une contribution personnelle, en essayant de préciser les stigmates, à la fois psychiques et neurologiques, de la « *constitution émotive* » ; et mon élève, M. Fourcade, a repris et développé mes conclusions, sur ce point, avec beaucoup de sens clinique et de talent d'exposition, dans sa thèse inaugurale sur la « Constitution émotive ».

Au début de leur travail, Devaux et Logre, dans des considérations préliminaires de psychologie morbide, se

sont efforcés de délimiter, avec rigueur, la *séméiologie de l'émotion anxieuse,* qu'il faut savoir distinguer de la tristesse simple, de la dépression, du pessimisme, de l'ennui, du désespoir, de l'énervement, de l'irritation, etc... et, plus généralement, de toutes les autres formes, normales ou pathologiques, des émotions pénibles et de la douleur morale. Ils ont précisé ensuite dans une étude comparée, souvent délicate, mais toujours positive, les traits essentiels des *variétés si nombreuses de l'anxiété morbide :* ils ont décrit l'anxiété obsessive, l'anxiété mélancolique, et, ce qui n'est peut-être pas sans originalité, l'anxiété maniaque ; ils ont tracé le tableau de l'anxiété confusionnelle, épileptique et neurasthénique. Ils ont montré, de la sorte, comment l'étude exacte et approfondie de l'état anxieux permet, dans nombre de cas, d'élucider la nature même des accidents, et d'établir, par conséquent, d'après l'analyse minutieuse d'un seul symptôme, le diagnostic, le pronostic et le traitement de l'affection en cours.

Cette vaste esquisse de psychologie morbide leur a donné l'occasion de passer en revue et d'esquisser, dans une description clinique à la fois très brève et très personnelle, la plupart des *grands syndromes de la pathologie mentale.* Ils ont ainsi abordé, tour à tour, d'un point de vue particulier, et à propos du symptôme « anxiété »,

quelques-uns des problèmes les plus captivants et les plus controversés de la psychiatrie contemporaine : la doctrine de Freud, les états mixtes, les psychoses associées, les rapports de l'émotion et de l'hystérie, la dégénérescence, la confusion mentale, les psychoses émotives et traumatiques, etc.

Il y a peu de sujets qui aient suscité, en psychiatrie, d'aussi nombreux et remarquables travaux que cette question de l'anxiété morbide, dont l'*historique* a été clairement exposé dans l'excellent rapport de Lalanne, en 1903.

L'étude de l'anxiété *mélancolique*, ébauchée par les anciens, enrichie, au milieu du siècle dernier, par les découvertes de P. Falret et de Baillarger, mise au point par les leçons de Magnan et de Séglas, élargie par les recherches de Krœpelin sur la Folie maniaque dépressive, et celles de Hecker, Wilmanns et G. Deny sur la Cyclothymie, constitue maintenant un des chapitres les mieux élucidés de la pathologie mentale.

L'anxiété des *obsédés*, bien connue déjà d'Esquirol, et dont S. Falret avait fixé, avec tant de précision, les traits distinctifs, a inspiré, dans ces dernières années, une grande partie de l'œuvre considérable de Pierre Janet ; et son histoire clinique a été magistralement résumée dans le livre, maintenant classique, de Pitres et Régis,

où les auteurs ont insisté, à juste titre, sur l'importance essentielle de la disposition anxieuse dans la genèse des obsessions et impulsions.

Dans la *neurasthénie*, l'anxiété hypocondriaque des malades avait été observée et décrite avec exactitude par Beard, puis, avec plus de détail, par Charcot et son école. Récemment, le Pr Déjerine et son élève Gauckler, dans leur ouvrage sur « les Manifestations fonctionnelles des psychonévroses », ont, au chapitre de la neurasthénie, montré, avec un grand luxe de documents, l'importance des syndromes de « préoccupation et d'autosuggestion émotives », qui ressortissent, en effet, beaucoup plus à l'émotivité morbide qu'à la neurasthénie proprement dite.

C'est Morel qui, dans ses travaux sur le « Délire émotif », paraît avoir eu le premier l'idée féconde d'une *pathologie autonome de l'émotivité*. Dans le Délire émotif, l'anxiété n'est plus symptomatique de mélancolie ou d'hystérie ; elle constitue à elle seule tout l'état morbide. Mais, en fait, Morel, dans cet article, comme Lasègue, dans ses études si curieuses sur le Vertige mental, a rapporté, à peu près exclusivement, des observations d'anxiété obsédante. Parmi les auteurs contemporains, P. Janet, dans sa vaste synthèse de la psychasthénie, a englobé des faits qui dépassent de beaucoup les cadres

classiques de la neurasthénie et de l'obsession ; et personne mieux que lui n'a décrit l'agitation stérile de l'anxieux, et ces phénomènes de dérivation, dont Freud devait poursuivre, avec un esprit de généralisation souvent paradoxal, l'étude systématique. C'est à Freud, enfin, que revient le mérite d'avoir, parmi les multiples manifestations, rattachées par Janet à la psychasthénie, isolé un ensemble de troubles psychosomatiques nettement définis, dont l'émotivité anxieuse est le symptôme essentiel et prédominant. La *psycho-névrose d'angoisse*, dont la conception clinique a été reprise et exposée brillamment en France par Hartenberg, est malheureusement difficile à séparer, dans l'œuvre de Freud, de considérations pathogéniques très contestables sur l'origine psycho-sexuelle des manifestations anxieuses.

Utilisant mes travaux sur la constitution émotive, Devaux et Logre ont, à leur tour, essayé de mettre en valeur, dans le présent ouvrage, les rapports, si intéressants et si fréquents, de cette constitution émotive avec les états paroxystiques d'anxiété morbide. Ils ont décrit, dans un tableau d'ensemble exact et vivant, les accidents les plus ordinaires de cette *anxiété constitutionnelle*, qui peut revêtir des modalités symptomatiques très diverses : elle se manifeste, en effet, tantôt par une disposition *chronique* à l'inquiétude et à l'angoisse : c'est la « *consti-*

tution anxieuse », simple forme clinique de la constitution émotive ; tantôt par des recrudescences d'émotion anxieuse *subaiguë* : c'est la « *psychose anxieuse* » ; tantôt, enfin, sous forme d'accès *aigu*, essentiellement transitoire : c'est la « *crise anxieuse* ».

Les malades dont il s'agit, malgré le diagnostic banal trop facilement admis, ne sont pas du tout, ou ne sont que fort peu des neurasthéniques, à moins qu'on ne veuille confondre l'anxiété constitutionnelle, et ses désordres si particuliers, avec la maladie de Beard, dont la description initiale, reprise et précisée par Charcot, était cependant bien différente. Ces malades ne sont pas non plus des mélancoliques. L'hyperexcitabilité de l'émotif anxieux, son éréthisme idéatif et moteur, diffèrent, en effet, profondément de l'inertie mentale, de l'arrêt de l'idéation et du mouvement qui caractérisent la dépression mélancolique. Ces malades ne sont pas enfin, ou du moins ne sont pas toujours des obsédés. Ils sont, avant tout et parfois même *uniquement, des anxieux*. Leur douleur morale est faite d'inquiétude continuelle, avec préoccupations multiples, souvent variables d'un instant à l'autre, et disposition pantophobique. Leur souffrance physique se ramène à ce symptôme prédominant : l'*angoisse* ; elle est en rapport avec ces manifestations d'agitation périphérique et de spasme profond, sur lesquels

Devaux et Logre ont longuement et très justement insisté.

Cette conception nosologique, d'après laquelle certains paroxysmes d'émotivité anxieuse sont considérés comme des accidents de la constitution émotive, n'est qu'un cas particulier d'une méthode très générale, qui a pour but d'éclairer la genèse et la séméiologie des affections mentales par la connaissance du caractère antérieur et du tempérament même du malade. J'ai rappelé ailleurs, à propos de l'émotivité constitutionnelle, l'intérêt clinique et pratique de cette *notion des constitutions morbides*. Comme toutes les notions relatives au terrain en pathologie, elle offre l'avantage de rattacher les manifestations actuellement présentées par le malade à toute son histoire antérieure, à l'ensemble de ses antécédents personnels et héréditaires : elle permet d'entrevoir et de prédire l'avenir, contenu en germe et, en quelque sorte, inscrit d'avance dans la formule psychopathique du sujet[1].

La *paranoïa*, disposition foncière à l'orgueil et à la méfiance, est un exemple classique de ces constitutions morbides. J'ai moi-même, avant d'aborder l'étude de la constitution émotive, décrit la *mythomanie*, tendance consti-

1. E. Dupré. La constitution émotive. *Paris Médical*, octobre 1911.

tutionnelle à l'altération de la vérité, à la fabulation, à la simulation et au mensonge. Chacune de ces constitutions paranoïaque, mythopathique ou émotive, est susceptible, par exagération de ses éléments primitifs, d'aboutir à des psychoses dont le caractère antérieur du malade permet de mieux comprendre, à la fois, l'éclosion et les symptômes. La méfiance et l'orgueil du paranoïaque conduisent, par une pente naturelle aux délires de persécution et de grandeur ; la fertilité inventive du mythomane a pour conséquence extrême ces « Délires d'imagination », dont j'ai inauguré, avec Logre, l'étude nosologique. La *constitution anxieuse* peut s'exaspérer sous forme de psycho-névrose d'angoisse. La *cyclothymie*, enfin, telle que la conçoit mon ami G. Deny, n'est-elle pas autre chose qu'une constitution morbide, caractérisée par un déséquilibre affectif, en quelque sorte bipolaire, maniaco-mélancolique, dont le terme dernier est le grand accès classique de la folie intermittente ?

Cette notion des « constitutions » entendue au sens psychiatrique du mot, ne se confond nullement avec celle des « *caractères* », si l'on prend ce terme au sens des moralistes et des littérateurs. La constitution est une donnée positive de psychopathologie clinique ; elle représente une affection mentale en germe ; elle donne, en quelque sorte d'avance, la formule générale et la clef

des réactions morbides. Au contraire, si la description de traits du caractère comme l'ingratitude ou la reconnaissance, la délicatesse ou la grossièreté, la curiosité, la médisance, etc.... peut inspirer aux littérateurs et aux moralistes des peintures vivantes et des réflexions instructives, le psychiatre ne reconnaît, le plus souvent, dans les portraits d'un Théophraste ou d'un La Bruyère, que de simples nuances de psychologie individuelle, et non le *tableau clinique ébauché* d'une affection mentale bien définie.

Dans cet ouvrage, je trouve encore un exemple intéressant de cette méthode d'observation, qui, après l'étude des signes cliniques, de leurs caractères, de leurs rapports, et de leurs associations, s'élève à la notion, si précise et si féconde, du *syndrome*. Un syndrome, c'est un groupement nosographique, fondé sur la coexistence habituelle et la subordination logique des symptômes : c'est un tout, une unité clinique, dont les éléments sont rapprochés entre eux par des liens d'affinité naturelle. S'attacher, comme l'ont fait Devaux et Logre, à la description de syndromes mentaux, dans lesquels l'anxiété, avec le riche cortège de ses manifestations psycho-somatiques, apparaît comme l'élément central et prédominant, c'est dépasser l'empirisme, qui s'en tient au symptôme : mais c'est aussi, en se bornant à l'affirmation

d'un ensemble de signes directement vérifiables, résister à la tentation, plus ambitieuse et presque toujours stérile, surtout en psychiatrie, de créer des entités morbides. Car la notion de l'entité morbide, qui implique la connaissance des causes et de leur mécanisme, est sujette à l'incertitude et à la fragilité habituelles des doctrines pathogéniques ; tandis que la notion du syndrome participe à la précision, à l'exactitude rigoureuse et à la solide objectivité des acquisitions cliniques.

Dans l'œuvre de mes élèves Devaux et Logre, on peut reconnaître aisément les tendances traditionnelles et la marque caractéristique de l'esprit français : la clarté, la simplicité, la mesure, le souci de l'observation précise et nuancée, un goût très vif des idées générales, tempéré par un sens positif très ferme et une critique toujours en éveil : un égal éloignement de la minutie abusive du détail et de l'ampleur exagérée des conceptions d'ensemble.

L'étude de la psychiatrie allemande suffit d'ailleurs à nous mettre en garde contre l'erreur des généralisations hâtives et démesurées, contre le danger des doctrines schématiques et outrancières, telles que la conception nosologique de la démence précoce ou la théorie du pansexualisme et la méthode de la psycho-analyse, dans l'étiologie et l'étude des psychoses. Ces constructions

improvisées, analogues, par l'énormité colossale de leurs masses, aux édifices chers à l'esprit germanique, peuvent en imposer pour un temps, à certains esprits prompts à l'enthousiasme, qui confondent, dans les proportions, l'énorme avec le grandiose, le gigantesque avec le définitif.

Mais, dans le domaine des doctrines scientifiques, comme dans celui des créations artistiques, politiques ou sociales, rien ne dure qui ne soit conforme à l'équilibre et à la mesure ; qui n'exprime, dans sa formule, l'essentielle relativité des choses et ne contienne les réserves nécessaires aux progrès de l'avenir. Rien ne dure, en clinique, que les constatations objectives de l'observation stricte et pure des faits. C'est pourquoi, également libérée des interprétations théoriques et des classifications arbitraires, l'étude de Devaux et Logre sur les Anxieux apparaît comme une œuvre utile, durable et conforme aux traditions de la psychiatrie française.

DUPRÉ.

Août 1916.

LES ANXIEUX

INTRODUCTION

Tandis que l'anxiété *normale* est exceptionnelle, éphémère et proportionnée à la gravité du danger, l'anxiété *pathologique* se signale, au contraire, par l'*excès* même de sa fréquence, de sa durée et de son intensité. Une de ses formes les plus habituelles, une des plus utiles à connaître pour le médecin, dans sa pratique journalière est l'hypocondrie physique et morale, qui peut, en effet, simuler la plupart des maladies et les compliquer presque toutes. Même quand le sujet, dans son inconscience ou son délire, méconnaît son état morbide, il n'en éprouve pas moins, bien souvent, le sentiment, confus mais profond, de son inadaptation vitale ; sa sensibilité souffre et s'inquiète d'un mal que son intelligence ne comprend pas ; et c'est, en général, sous la forme prédominante de l'anxiété que lui parvient ce cri d'alarme de l'instinct de conservation, ce pressentiment douloureux

d'un malheur inconnu. L'anxiété représente donc l'émotion élective par laquelle le sujet prend conscience de son mal au cours des affections psychiques : elle est, par excellence, le tourment du psychopathe.

L'anxiété n'intéresse pas seulement le psychiatre. L'anxieux qui, pour expliquer ses malaises, incrimine sa santé physique plus volontiers que sa santé morale, ira trouver le neurologiste, de préférence au psychiatre ; il s'adressera, très fréquemment aussi, au médecin ordinaire, non spécialisé. Il n'est pas exagéré de dire qu'une grande proportion et parfois même la majorité des malades de clientèle privée, soit de médecine générale, soit de médecine spéciale (affections du cœur, de l'estomac, du poumon, des voies urinaires, etc.), sont des psychopathes, des anxieux, qu'il s'agit de rassurer, et dont il faut, avant tout, traiter l'état moral. En pareil cas, le malade, qui appartient en réalité à la psychiatrie, se présente spontanément sous les apparences trompeuses d'un sujet atteint d'affections organiques et relevant de la compétence ordinaire du praticien. Le médecin se trouve ainsi conduit, par les nécessités mêmes de la clientèle, à faire de la psychiatrie sans le savoir, ou, en tout cas, à *faire de la psychiatrie, sans savoir la psychiatrie*. Et, si le bon sens y suffit parfois sans instruction spéciale, il faut bien se garder de croire qu'il en soit toujours ainsi.

Tout médecin consciencieux, qui, par suite des imperfections de l'enseignement médical actuel, ignore et croit pou-

voir ignorer sans dommage les éléments essentiels de la psychiatrie, est donc réduit, par la force des choses, à jouer bien souvent le rôle de « Psychiatre malgré lui ». Il a, par conséquent, un intérêt majeur à mieux connaître l'anxiété, ou, tout au moins, à se familiariser un peu avec elle ; il le lui doit, ne serait-ce que par reconnaissance : car c'est elle qui lui recrute, dans maintes circonstances, ses clients les plus nombreux et surtout les plus assidus.

L'anxiété constitue un syndrome assez bien isolé pour mériter une étude à part. Elle présente une séméiologie spécifique et des formes cliniques autonomes ; elle apparaît, à titre de symptôme prédominant, au cours d'un grand nombre de psychoses, qu'elle contribue à diversifier en les revêtant d'une nuance affective très précise ; elle entraîne les plus graves conséquences pratiques et médico-légales, pour la société et surtout pour l'individu ; elle comporte enfin des indications thérapeutiques spéciales. Son histoire clinique se confond presque avec celle de la Pathologie mentale tout entière. Elle représente la grande douleur morale, l'inquiétude poignante de l'être humain menacé dans son instinct de conservation ; elle est, selon le mot de Brissaud, « la méditation de la mort ». Et si le médecin se trouve trop souvent désarmé contre les progrès du mal physique, son action contre la douleur morale semble, à beaucoup d'égards, plus efficace ; il doit la comprendre et la soulager toujours ; et, souvent, il peut la guérir.

DÉFINITION

Littré définit ainsi l'*anxiété* :

« État de trouble et d'agitation, avec sentiment de gêne et de resserrement à la région précordiale. »

De même, Littré définit l'*angoisse* :

« Un sentiment de resserrement à la région épigastrique, accompagné d'une grande difficulté de respirer et d'une tristesse excessive. »

Pour Littré, inquiétude, anxiété, angoisse sont, par ordre d'intensité croissante, « trois degrés d'un même état ».

Nous proposons, à notre tour, la définition suivante :

L'*anxiété* est une *émotion*, caractérisée par un état de *douleur morale* et d'*incertitude*, avec sensation fréquente de *constriction physique*. Cette sensation physique de resserrement constitue, à proprement parler, l'*angoisse*.

Il est utile de reprendre, tour à tour, chacun des termes de cette définition, pour l'éclaircir et la justifier.

1° *Émotion*. — Il s'agit d'une émotion, c'est-à-dire d'un

état affectif plus ou moins brusque et violent. Selon l'excellente définition de Ribot, « l'émotion est, dans l'ordre affectif, l'équivalent de la perception, dans l'ordre intellectuel. Elle consiste en manifestations organisées de la vie affective exprimant, d'une manière directe, la constitution de l'individu ; l'émotion est un état complexe, un faisceau psycho-physiologique, qui se compose essentiellement : d'un état de conscience spécial, de modifications organiques déterminées, enfin de tendances particulières au mouvement ou à l'arrêt de mouvement. Elle représente la réaction du sujet pour tout ce qui touche à la conservation de l'individu ou de l'espèce » (*Psychologie des Sentiments*, p. 12 et 93). Ainsi comprise, l'émotion, qu'on peut encore appeler *émotion-choc*, phénomène critique, aigu ou suraigu, ne doit pas être confondue avec la disposition affective simple (stimmung), ni avec le sentiment, phénomènes plus stables, plus durables, et, en tout cas, moins aigus.

C'est ainsi que l'anxiété, émotion vraie, se distingue de l'inquiétude, simple disposition d'humeur ; elle représente, selon la conception de Littré, un degré plus intense d'inquiétude : elle suppose la crise affective, le choc émotif.

2° *Douleur morale.* — L'anxiété est un état de douleur morale : la douleur physique n'y suffit pas. C'est une forme de tristesse. L'angoisse isolée, c'est-à-dire la sensation de constriction physique et d'étouffement, lorsqu'elle ne comporte pas de retentissement affectif, n'est pas, à proprement

parler, de l'anxiété. Brissaud a fort justement distingué l'anxiété, phénomène psychique, de l'angoisse, phénomène physique. Ajoutons qu'en fait ces deux états sont presque constamment associés.

3° *Incertitude.* — L'anxiété implique l'incertitude. C'est là que réside son originalité psychologique. L'anxiété est à la sensibilité ce que le doute est à l'intelligence. Elle est la nuance affective douloureuse de l'incertitude, avec ou sans représentation intellectuelle associée. Elle est le tourment de l'incertitude.

4° *Constriction physique.* — Dans l'anxiété, l'*angoisse* n'est ni constante ni nécessaire. Mais elle est si habituelle et si importante qu'elle mérite de figurer à la définition, comme elle figure à l'étymologie : *anxius, angor*, idée de constriction : *angustia,* resserrement, ἄγχω, j'étrangle.

CHAPITRE I

ÉTUDE DE L'ANXIÉTÉ EN GÉNÉRAL

Comme dans toute émotion, il y a lieu d'envisager, successivement, deux éléments essentiels et indissolubles : la réaction *psychique* et la réaction *physique*.



L'ÉLÉMENT PSYCHIQUE

L'état mental de l'anxieux comprend un élément affectif prépondérant, nécessaire et constant, seul caractéristique ; il suppose, en outre, des éléments intellectuels et volontaires, d'ordre accessoire et contingent.

L'anxiété peut, en effet, se résoudre, à l'analyse, en ces trois éléments constitutifs :

1° *L'Insécurité,* élément affectif ;

2° *Le Doute,* élément intellectuel ;

3° *L'Irrésolution*, élément volontaire.

1° *L'Insécurité.* C'est cette insécurité, portée à un degré assez aigu pour mériter le nom d'émotion, qui est l'élément spécifique et nécessaire de l'anxiété. Elle représente un trouble particulier de l'instinct de conservation ; c'est en elle que réside la nuance douloureuse de cet état d'incertitude aiguë qui caractérise l'anxiété. Il n'est nullement indispensable qu'une réaction intellectuelle, par exemple une représentation ou une idée, s'adjoigne à la réaction affective ; au contraire, on observe, assez souvent, surtout en pathologie, des anxiétés sans objet, qui sont pratiquement, comme l'a montré Ribot, des « états affectifs purs ».

2° *Le Doute.* D'ordinaire, en effet, l'élément intellectuel s'ajoute à l'élément affectif. Le doute est l'équivalent, dans l'ordre des idées, de l'insécurité, dans l'ordre des émotions : et ces deux états psychiques s'appellent réciproquement.

3° *L'Irrésolution.* Dans l'anxiété, le désordre affectif et intellectuel entraîne d'ordinaire à sa suite un trouble profond de la volonté, fonction synthétique et complexe, qui, sous la poussée du désir et le contrôle du raisonnement, dirige et met en jeu l'activité motrice. L'anxieux se montre également incapable de choisir et d'exécuter. Il reste indécis, perplexe, hésitant. C'est le doute moteur qui s'associe au doute intellectuel et à l'insécurité.

L'anxiété, dans sa forme complète et ordinaire, se ramène donc à *l'incertitude douloureuse,* se manifestant sous tous ses modes : affectif, intellectuel et volontaire, par l'asso-

ciation, plus ou moins constante, de l'insécurité, du doute et de l'irrésolution.

Une étude plus approfondie de cette notion de l'incertitude douloureuse, par laquelle nous avons défini l'anxiété, aboutit à déterminer l'ensemble des caractères suivants, qui assignent à l'anxiété une place tout à fait à part dans la classification des émotions :

L'anxiété est une émotion :

1° *Dépressive ;*

2° *Sthénique ;*

3° *Contradictoire.*

1° C'est une émotion *dépressive* : justement parce qu'elle est douloureuse et par la manière dont elle est douloureuse. Elle s'oppose à l'émotion espoir. L'espoir, c'est la forme expansive et heureuse de l'attente, c'est le bénéfice psychologique de l'incertitude, c'est le pressentiment du bonheur. L'anxiété a des caractères exactement inverses : le doute n'est pas pour elle le « mol oreiller », où l'espoir se complaît pour évoquer avec confiance un avenir riant. Appréhension du malheur, défiance de l'avenir, douleur morale et pessimisme, voilà le lot de l'anxiété, qui apparaît bien, en cela, comme une émotion de nature dépressive.

2° C'est une émotion *sthénique*. C'est de la *tristesse active*, comme l'a montré Dumas. Le propre de l'anxiété est, non seulement de pressentir le malheur imminent, mais de faire effort pour y résister. Puisqu'il y a doute, tout n'est

pas perdu. Au fond de l'anxiété, il y a comme un espoir, ou, du moins, une révolte et un besoin d'agir. Tant que le drame se joue et n'est point fini, tant que la menace du malheur n'est pas réalisée et reste en suspens, l'individu ne peut pas s'abstenir; il doit faire face au danger, il doit lutter: lutte sans confiance, et qu'il engage avec l'état d'âme d'un vaincu, mais lutte violente, éperdue, désespérée. L'anxiété, c'est une forme d'adaption active, c'est une *réaction de défense* de l'instinct de conservation.

3° *Contradictoire.* Si elle est l'effort pour agir, l'anxiété est aussi, et pour le même motif, — parce qu'elle est le doute, — l'impossibilité d'agir, l'impuissance. D'où cette situation psychologique tout à fait particulière, critique et contradictoire: égale *impossibilité de repos et d'action.*

Une comparaison avec deux autres émotions, le désespoir et la colère, fera mieux comprendre cette situation sans issue, sorte d'impasse psychologique.

Le *désespoir* est une réaction douloureuse, mais avec la certitude du malheur. L'effort pour écarter ce malheur apparaît manifestement comme impossible et la révolte est vaine contre l'irréparable. Le désespoir, c'est le renoncement nécessaire, mais c'est aussi, dans certains cas, le repos après la lutte.

La *colère* est une émotion pénible, mais avec la notion plus ou moins claire du dommage éprouvé. Comme l'anxiété, qui peut d'ailleurs s'y associer, la colère est une émotion

d'ordre dépressivo-sthénique : Car l'effort pour réparer, dans une certaine mesure, matériellement ou moralement, le dommage subi, n'est pas considéré comme irréalisable ; et la colère représente, par elle-même, une forme d'intervention positive, une manifestation d'activité motrice par où se satisfait et se décharge l'excès du potentiel émotif ; la colère, c'est le contraire du renoncement, mais c'est aussi un moyen d'action.

L'anxiété ne peut ni renoncer comme le désespoir ni agir comme la colère. C'est que, dans le désespoir et la colère, les conditions d'adaptation sont données : leur objet, leur motif appartient au passé, qui est acquis. L'anxiété porte, au contraire, essentiellement, sur l'avenir incertain ; c'est une *attente*, une forme de la crainte ; elle doute et elle *redoute* ; elle est l'adaptation douloureuse et impossible à ce qui n'est pas encore donné [1]. Dans ces conditions, à moins que l'anxiété, transitoire et normale, n'intervienne comme stimulant utile d'une décision rapide, l'énergie de la réaction défensive ne peut que se résoudre en une agitation vaine et contradictoire : la force nerveuse inutilisée *se dérive* tout entière sur le sujet lui-même, sous forme d'*émotivité sté-*

1. G. de Maupassant, dans un de ses contes, a développé cette thèse : « on n'a vraiment peur que de ce qu'on ne comprend pas. » En réalité, pour être anxieux, il suffit de ne pas savoir avec certitude comment prévenir un danger, compris ou incompris, *connu* ou *inconnu*, qu'on redoute et contre lequel on lutte ; mais on conçoit que l'inadaptation douloureuse du sujet soit à son comble, lorsqu'il ignore la nature même du danger. La peur s'exalte dans le *mystère* comme dans la nuit.

rile ; elle n'aboutit qu'à son supplice et à son *épuisement*. C'est une torture, sans cesse renouvelée, que l'anxieux provoque et entretient lui-même par son propre effort ; c'est le « hard labour » de l'émotivité.

En résumé, psychologiquement, l'anxiété est donc une réaction sthénique à un état dépressif, mais avec doute, et, par conséquent, situation critique et contradictoire, impliquant une égale impossibilité de repos et d'action. Biologiquement, elle représente la réaction de défense de l'instinct de conservation contre un danger imminent ; elle est la tentative douloureuse et impossible de l'individu pour s'adapter au malheur incertain.



L'ÉLÉMENT PHYSIQUE

Il est constant. Mais il se manifeste sous des aspects divers.

Dans certaines formes d'anxiété, d'ordinaire peu intenses, il peut se réduire à des *signes vulgaires d'émotivité* ; il passe alors plus ou moins complètement inaperçu du sujet, et, en tout cas, il ne se révèle à lui par aucune sensation physique spéciale. Il consiste en : rougeur et surtout pâleur, rapidité du pouls et de la respiration, troubles sécrétoires, tremblement, etc. Il s'agit alors d'anxiété sans angoisse, ce qui ne veut pas dire anxiété sans signes physiques.

Le plus souvent, au contraire, l'émotivité somatique se

traduit par une sensation spéciale, qui s'impose à la conscience du sujet comme une douleur physique associée à la douleur morale : c'est l'*angoisse*, qu'on peut définir : une sensation pénible de constriction physique.

Le siège de cette constriction est très variable. Elle intéresse principalement les organes essentiels de la vie végétative et, en particulier, les voies respiratoires et digestives.

On peut distinguer :

1° *L'angoisse respiratoire.*

Bouche et pharynx : impression de bâillonnement et de « poire d'angoisse » ; surtout, gorge serrée, étranglée : c'est la « boule » émotive.

Larynx : angoisse glottique, voix cassée, aphonie : « Vox faucibus hæsit. » L'angoisse est la douleur qui ne peut pas crier.

Poumons : tachypnée superficielle ou bradypnée ; étouffement, impression de rétrécissement respiratoire, d'asphyxie imminente, de suffocation en inspiration.

Thorax : sensation d' « étau » qui comprime la poitrine et l'empêche de respirer.

Diaphragme : « barre » épigastrique qui oppresse ; « ceinture » douloureuse à la base du thorax. Saccade respiratoire convulsive du sanglot. Expiration brusque du soupir.

2° *L'angoisse digestive.*

Pharynx et *orifice supérieur de l'œsophage :* difficulté ou impossibilité de déglutir ; dysphagie émotive.

Les constricteurs du pharynx ont été comparés par Mathieu aux glandes lacrymales, à cause de leur intervention prépondérante au cours des émotions pénibles et angoissantes.

Estomac : anxiété *épigastrique :* pesanteur, écrasement, au niveau de la région stomacale ; sensation particulièrement fréquente dans l'*anxiété des cauchemars*, qui sont, d'ailleurs, très souvent, d'origine dyspeptique[1].

Crampes stomacales, nausées, vomissements.

Intestin : tiraillements, coliques, épreintes, ténesme ; constipation ; défécation, diarrhée.

3° *L'angoisse cardiaque.*

Griffe cardiaque, battements de cœur et palpitations ; impression de cœur serré ou de cœur gros[2], etc.

1. Cauchemar : mot hybride, qui serait composé du mot latin : *calcar*, talon, et du mot saxon : *mare*, jument : c'est le sabot de la jument des nuits (nightmare, en anglais) qui vient écraser la région épigastrique.

Le personnage d'un conte d'Anatole France dit, par une métaphore analogue : « Je sens, sous le cartilage de mes côtes, un rocher où s'assied la douleur. »

2. Comparez les expressions de : cœur brisé, fendu, déchiré, crève-cœur, etc.

« Ange plein de gaîté, connaissez-vous l'angoisse,
La honte, les remords, les sanglots, les ennuis,
Et les vagues terreurs de ces affreuses nuits
Qui compriment le cœur comme un papier qu'on froisse ?
Ange plein de gaîté, connaissez-vous l'angoisse ? »

BAUDELAIRE.

Souvent, les malades rapportent à leur « cœur » des sensations en réalité afférentes à d'autres organes, respiratoires ou digestifs. Ils disent : « cœur serré », comme ils disent : « j'ai mal au cœur » pour signifier : « j'ai mal à l'estomac ». Les Grecs faisaient intervenir davantage, et non sans raison, le diaphragme, φρήν, comme siège ordinaire des émotions.

4° *L'angoisse céphalique.*

Constriction des tempes, sensation de rétrécissement de la boîte crânienne, d'évanouissement des idées, de « vide dans la tête ».

Le visage, le *masque* de l'anxieux mérite une description à part. L'angoisse faciale s'exprime par une altération des traits caractéristique et saisissante : front ridé, parcouru de plis transversaux et surtout verticaux : Ω dessiné par la contracture des muscles de l'arcade sourcilière. Expression d'attention expectante (muscle frontal), de préoccupation chagrine et de renfrognement (muscle sourcilier). Parfois, chair de poule, horreur, au niveau des arrectores pilorum, surtout du cuir chevelu. Les orifices oculaires, nasaux et buccaux sont contractés ; ils ont tendance à se rétrécir transversalement et s'allonger dans le sens vertical. L'œil est mobile, fureteur, égaré, parfois exorbité, et, souvent aussi, en mydriase, dilaté par la peur.

Les plis naso-géniens sont creusés et tirés verticalement

par l'action prédominante du grand zygomatique ; la commissure des lèvres est abaissée par le triangulaire des lèvres.

Le teint est ordinairement pâle, rarement congestif. On observe parfois de la trémulation fibrillaire, surtout au niveau des orbiculaires de la bouche et des yeux.

L'ensemble du visage contracté, aminci, et à prédominance des lignes verticales, compose un faciès creux, grimaçant et convulsif : c'est le masque *tragique* et *concentré* de l'anxieux.



En résumé, l'angoisse, élément physique de l'anxiété, nous apparaît comme une manifestation somatique, consciente et douloureuse, de l'émotivité, peut-être la plus consciente et la plus douloureuse de toutes les réactions émotives. Elle se traduit par une sensation pénible de constriction, qui intéresse électivement les principaux organes de la vie végétative : voies respiratoires, digestives, circulatoires ; angoisse pharyngée, précordiale, épigastrique, etc. Elle suppose donc, dans ses manifestations ordinaires : 1° un trouble de la sensibilité interne, un *malaise de la cénesthésie* : 2° une sensation de contracture, un *état spasmodique*. L'angoisse est une forme *d'émotivité viscérale* et profonde, essentiellement caractérisée par le *spasme des muscles lisses*.

Il est intéressant de comparer l'*angoisse* avec le *rire* : il s'agit, dans les deux cas, d'états affectifs brusques et vio-

lents, à manifestations physiques prédominantes. Rire et angoisse constituent deux modes de dérivation, viscérale et spasmodique, de processus émotifs également aigus, mais de sens contraire : expansion, dilatation et détente, d'une part ; rétraction, resserrement et concentration, de l'autre [1].

On peut opposer l'inspiration pénible, convulsive et superficielle de l'anxieux à l'expiration exubérante, explosive et profonde du rieur, le silence impressionnant et la gorge serrée de l'un à l'éclat de rire et à la gorge déployée de l'autre, le masque rétracté, aminci et pâle du premier au faciès dilaté, épanoui et vultueux du second.

De même, la *subanxiété,* l'angoisse légère, à localisation faciale prédominante, peut s'opposer au *sourire,* si bien étudié par Dumas, dans sa nuance psychologique et son expression mimique.

Une étude comparée de l'*expression respiratoire* des diverses émotions permettrait d'établir un parallèle saisissant et instructif entre l'inspiration entravée de l'angoisse, l'expiration incoercible du rire, l'aspiration indéfinie du bâillement, la détente brusque et profonde du soupir, la saccade convulsive et répétée du sanglot.

Chez l'individu qui pleure, il convient de distinguer deux ordres de manifestations : 1° les *larmes,* qu'on a tort, à cer-

1. Cf. la théorie de l'anxiété-dérivation de P. Janet et la théorie du rire-dérivation de Spencer.

tains égards, d'opposer au rire, car un trouble spasmodique et un trouble sécrétoire ne sont pas de même nature ; 2° le *pleurer*, les sanglots, les troubles spasmodiques respiratoires : ils sont, sinon identiques, du moins très comparables à l'angoisse, et c'est par eux que le pleurer s'oppose véritablement au rire.



L'angoisse, syndrome à manifestations physiques prédominantes, paraît relever d'autres *centres nerveux* que l'anxiété, syndrome à manifestations psychiques prédominantes. Si le psychiatre veut penser anatomiquement, — ce qui n'est ni indispensable, ni même toujours profitable, — il peut localiser logiquenent l'anxiété, phénomène psychique, d'ordre affectif, dans les *cellules corticales*, et l'angoisse, phénomène physique, d'ordre végétatif, dans le *bulbe*. A vrai dire, on a pu invoquer, et on doit invoquer, dans certains cas, tel ou tel plexus sympathique, tel nerf périphérique ou tel centre sous-cortical autre que le bulbe : plexus cardiaque dans l'angor pectoris, pneumogastrique dans certains faits de tachycardie et d'anxiété paroxystiques, noyaux lenticulaires dans l'angoisse des pseudo-bulbaires, avec pleurer spasmodique. Mais, si l'on ne peut affirmer que l'angoisse possède, au niveau du bulbe, son centre exclusif, on peut dire qu'elle y a, du moins, son quartier général. L'angoisse, c'est, de ce

point de vue, la localisation de l'anxiété sur le bulbe, c'est, en quelque sorte, l'*anxiété bulbaire*.



L'anxiété tend à se manifester encore, surtout dans les *formes intenses,* par des réactions physiques *diffuses et généralisées*.

En pareil cas, on retrouve, portés d'ordinaire à un haut degré, les troubles multiples de l'*émotivité banale :* pâleur, tachychardie, tachypnée, tremblement, frissonnement, sueurs, polyurie, larmes, etc. Il est remarquable que, même dans ces circonstances, les troubles sécrétoires par excès : salivation, polyurie, et surtout larmes, sont assez peu fréquents dans l'angoisse, où les troubles spasmodiques dominent le tableau clinique. En règle générale, l'angoisse est la douleur qui ne peut pas pleurer. Les larmes, les sanglots, la débâcle polyurique sont, presque toujours, contemporains de la phase d'accalmie ; ils correspondent à une détente, à un soulagement.

On retrouve encore, dans ces formes intenses, l'*angoisse,* souvent très violente, et à manifestations plus ou moins généralisées, donnant au sujet l'aspect d'un malade en imminence d'*asphyxie* ou de *syncope* : extrémités froides, sueurs, visqueuses, anoxhémie, pouls petit et irrégulier, microsphygmie, tendance lipothymique, etc. L'angoisse, à ce

degré d'intensité, constitue pour l'anxieux un motif grave d'inquiétude, une menace de mort ; c'est une nouvelle cause d'insécurité, par laquelle l'angoisse, d'ordinaire symptomatique de l'anxiété, retentit à son tour sur elle ; c'est un échange de mauvais procédés entre le bulbe et l'écorce : l'anxiété traduit alors, comme l'écrit Brissaud, « la terreur qu'inspirent les conséquences immédiates de l'oppression ; c'est l'appréhension de l'asphyxie et de la syncope, c'est la claire vision du danger suprême ; c'est, suivant la formule tragique, la méditation de la mort. »

Dans certains cas, l'angoisse aboutit, par généralisation et diffusion des symptômes, à une séméiologie complexe, isolée par Bonnier, sous le nom de *syndrome de Deiters :* d'une part, *l'angoisse* avec ses désordres vaso-moteurs, sécrétoires, digestifs, respiratoires et cardiaques ; d'autre part, le *vertige*, avec son cortège de symptômes classiques et la série habituelle de ses équivalents : étourdissement, dérobement des jambes, bourdonnements d'oreilles, éblouissements, nausées, vomissements, anorexie, ou, au contraire, soif vive, boulimie, etc. ; l'association des éléments du vertige et de l'angoisse s'explique aisément par le voisinage immédiat de leurs centres bulbaires respectifs, au niveau du plancher du quatrième ventricule (nœud vital de Flourens et noyaux du nerf vestibulaire).

Enfin, dans les manifestations physiques généralisées de l'anxiété, il est un symptôme capital, presque aussi impor-

tant et constant que l'angoisse : c'est une tendance incoercible à l'*agitation,* une mobilité de tout le corps, avec *impossibilité de rester en place.* C'est cette absence de repos et de tranquillité, ce besoin irrésistible de déplacement, cette excitation motrice désordonnée et stérile, que, chez presque tous les peuples et dans presque toutes les langues, l'étymologie a isolés et mis en évidence comme le symptôme caractéristique des émotions à base *d'inquiétude : in quies*, absence de repos (Cf. ἀλύσμος, de ἀλύω, aller çà et là, *restlessness*, *unruhe*, etc.) Cette agitation motrice donne au sujet, même aperçu de loin, un aspect typique : allées et venues précipitées et sans but, élans suivis de brusques retours, mélange contradictoire de hâte et d'indécision, mouvements saccadés, interrompus, fragmentaires ; piétinement sur place ou dans un cercle étroit, trépignement ; gesticulation à la fois exubérante et restreinte, étriquée, stéréotypée ; mouvements de défense, de rétraction, de reploiement ; tendance à la fuite, mais presque toujours sans savoir où. Exclamations brèves et monotones ; interjections, plaintes, lamentations, gémissements, etc. Expression motrice saisissante de la crainte et de l'incertitude, la mimique de l'anxieux est bien celle d'un homme traqué par le danger, réduit à une situation sans issue, bloqué dans une impasse, et qui se débat vainement pour en sortir.

La *tendance au spasme* et à la contracture peut atteindre, dans les formes diffuses et généralisées d'anxiété, aussi bien

les *muscles volontaires* et les organes de la vie de relation que les muscles lisses et les organes de la vie végétative. Cette hypertonie musculaire aboutit, chez certains sujets, à la *crise émotive spasmodique*, avec convulsions toniques et cloniques, raideur des membres, mouvements d'extension du tronc, gesticulation saccadée et impulsive, vibration et contracture de tout l'individu, qui frissonne, claque des dents, balbutie, sursaute, se tord et se débat ; puis la scène se termine par une crise de larmes, avec sanglots et débâcle polyurique ; bref, on reconnaît ici tout l'ensemble des symptômes de la classique *crise de nerfs*, qui se présente, chez ces émotifs, comme l'expression authentique d'un paroxysme anxieux : c'est là un trouble bien différent de la crise hystérique, de l'attaque de nerfs factice et théâtrale, qui n'en est que la contrefaçon mythopathique.



Nous insisterons enfin sur certaines *manifestations secondaires*, d'ordre psychique et physique, qui sont à peu près constantes, au cours et surtout à la suite des réactions anxieuses.

1° L'anxiété, plus que toute autre émotion, tend à provoquer la *désagrégation de la conscience*, avec obnubilation des idées, insuffisance de l'attention, paramnésie, impossibilité de concevoir une claire notion de la situation pré-

sente ; impression d'étrangeté, d'incomplétude et d'irréalité ; déroulement automatique des souvenirs et des images, représentations mentales vives, souvent terrifiantes,et à caractère très voisin de l'hallucination ; tendance au dédoublement de la personnalité ; impulsivité et désordre des actes. L'anesthésie, superficielle et profonde, est parfois très accusée et permet, par exemple, de faire à un malade, cependant douillet, une injection hypodermique, sans qu'il s'en aperçoive.

2° Par la déperdition d'énergie nerveuse qu'elle entraîne, l'anxiété est une émotion exténuante au plus haut degré ; c'est un facteur de *neurasthénie*, au sens vrai du mot ; elle entraîne la série classsique des symptômes de la fatigue et de l'épuisement : difficulté de l'effort psychique et physique, courbature, céphalée, douleurs dans les membres, rachialgie, insomnie, etc. Nous aurons l'occasion de revenir sur les formes particulières de l'anxiété, au cours des syndromes psychiques et nerveux appartenant à la pathologie de l'émotion et de la fatigue.

CHAPITRE II

LA CONSTITUTION ANXIEUSE, VARIÉTÉ DE CONSTITUTION ÉMOTIVE

Le déséquilibre affectif se traduit, chez certains sujets, par une *aptitude anormale aux réactions anxieuses*. Cette prédisposition reste parfois entièrement latente, jusqu'à l'apparition d'un épisode morbide qui la révèle (paroxysme anxieux, soit spontané, soit provoqué par le traumatisme physique ou moral, le surmenage, les infections, etc.). Cependant, le plus souvent, dans la *vie ordinaire* du sujet, une observation attentive peut mettre en évidence le *fond mental* et le *substratum organique*, en un mot, le *terrain* psycho-somatique sur lequel se développe électivement l'anxiété morbide. Dupré a, dans le groupe encore confus des déséquilibres psychiques, individualisé un mode particulier de déséquilibre affectif, qu'il a décrit sous le nom de *Constitution émotive*, et dont il a fixé avec précision les indices révélateurs, les *stigmates psychiques et neurologiques permanents*.

Une variété particulière, une forme clinique de cette

Constitution émotive peut être isolée sous le nom de *Constitution anxieuse*.

L'*anxieux constitutionnel* est un déséquilibré de l'affectivité qui, parmi les stigmates ordinaires de la constitution émotive, présente, avec une intensité plus accusée, les signes de l'émotivité anxieuse,

On retrouve, chez l'anxieux, les symptômes révélateurs de la *Constitution émotive*. Ce sont, d'après Dupré :

« L'exagération, dans leur instantanéité et leur amplitude, plutôt que dans leur vitesse, des réflexes tendineux, pupillaires et cutanés, l'hyperesthésie sensorielle, le déséquilibre des réactions vaso-motrices et sécrétoires, la tendance aux spasmes, enfin l'intensité et la diffusion anormales des effets physiques et psychiques des émotions. »

Dupré ajoute : « Ces stigmates de la Constitution émotive ne valent que par leur groupement : isolés, ils ne signifient rien, car ils peuvent être tous déterminés, dans leur pathogénie individuelle, par d'autres conditions que par l'éréthisme et le déséquilibre sensitivo-moteur de l'émotivité. »

Nous étudierons, tour à tour, les stigmates physiques et les stigmates psychiques par lesquels se caractérise plus particulièrement le déséquilibre émotif de l'anxieux constitutionnel.

I. — SYMPTOMES PHYSIQUES.

Dans l'ordre des *symptômes physiques*, on note, chez l'anxieux constitutionnel, la *prédominance* de cette réaction profonde, cénesthésique et spasmodique : *l'angoisse*.

L'*appareil digestif* est le siège d'un grand nombre de sensations constrictives, provoquées par l'émotion anxieuse, et qui, souvent aussi, la conditionnent. Nous nous bornerons à rappeler : la *dysphagie*, parfois élective (difficulté de déglutition des médicaments, pilules, cachets, etc.) ; la « *boule* » épigastrique, remontant vers la gorge, réaction complexe qui met en jeu, à la fois, les phénomènes de *spasme* et d'*antipéristaltisme*, dont la combinaison est si fréquente chez les anxieux ; le spasme intestinal, avec diarrhée et surtout constipation ; le spasme anal, avec ténesme, épreinte et sphincteralgie. Les chirurgiens ont signalé, chez les névropathes, la fréquence du syndrome de la fissure anale et l'intensité dangereuse du réflexe ano-rectal, au cours des interventions opératoires. Plus généralement, on observe, chez ces sujets, au niveau du *tube digestif*, comme de toutes les *cavités viscérales*, à parois musculaires lisses, la tendance aux spasmes et aux *coliques* (coliques œsophagienne, gastrique, intestinale, rectale, vésicale, utérine, etc.) : la colique se ramène, en effet, dans la plupart de ses manifestations, à une *lutte entre des spasmes* divers de muscles circulaires et longitudinaux, avec douleur et souvent hypersécrétion. Dans

le tube digestif, cette tendance au spasme, avec douleur et hypersécrétion, figure, à titre d'élément clinique essentiel, dans certains syndromes, très souvent associés à l'anxiété constitutionnelle : ce sont, en particulier, le *syndrome de Reichmann* et l'*entéro-colite muco-membraneuse*. L'*aérophagie* se rattache directement aux mêmes dispositions spasmodiques, à cette *spasmophilie*, qui est un des éléments caractéristiques de la constitution émotive.

La sensation de spasme profond, que l'individu éprouve dans la constriction de l'angoisse, se réduit parfois à un état purement subjectif, à une impression d'étranglement : mais elle répond, souvent aussi, à un spasme effectif, objectivement vérifiable par l'inspection, la palpation et les différents modes d'exploration interne. La *radioscopie*, par le procédé de la bouillie bismuthée ou du cachet de bismuth, permet de saisir sur le fait le spasme digestif, et de voir directement la « crampe » et la « boule ». Parfois le spasme se révèle sous la forme de mouvements incoordonnés, comme dans la *chorée gastrique* de Leven et Barret. Un autre stigmate, commun à la plupart de ces malades, au niveau du tube digestif comme de toutes les autres cavités viscérales, à orifices munis de sphincters, est la *difficulté du cathétérisme*, par suite du spasme des muscles circulaires.

L'*appareil respiratoire* de ces sujets présente la même tendance aux réactions de constriction et d'angoisse. On connaît les vices de prononciation que l'émotivité provoque ou

exagère (bégaiement, balbutiement, etc.)[1]. Ces malades ont l'oppression et la suffocation faciles. Lorsqu'ils avalent de travers, — et cet incident est parfois, chez eux, d'une fréquence anormale, — ils offrent une réaction glottique particulièrement vive et prolongée. Certaines crises anxieuses, à prédominance respiratoire, rappellent les ictus laryngés, ou les accès d'asthme : l'asthme des foins est une modalité d'angoisse respiratoire paroxystique, d'origine souvent psychique, et qui se rencontre habituellement, dans ces conditions, chez des émotifs constitutionnels.

Les troubles de l'*appareil circulatoire*, chez l'anxieux, revêtent surtout la forme de l'*angoisse cardiaque* et de la précordialgie, qui peuvent simuler, dans certains cas, la tachycardie paroxystique ou réaliser le tableau de la *fausse angine* de poitrine. Ce sont là des phénomènes, qu'on attribue trop souvent à l'hystérie, et qui ne relèvent, la plupart du temps, que de l'émotion ou, plus exactement, de la constitution émotive, terrain sur lequel se développe électivement l'émotion. L'auscultation du cœur, la palpation du pouls, le sphygmomanomètre dénoncent l'hypertension passagère et le spasme artériel. La pâleur et la rougeur, le refroidissement des téguments, les bouffées de chaleur, etc. marquent les alternatives de vaso-constriction et de vaso-dilatation périphériques.

L'*appareil vésical* est sujet aux mêmes manifestations de spasme, avec coliques, sphincteralgie, émission brusque et

1. H. Meige, Les dysphasies fonctionnelles. *Revue de Neurologie*. Janvier 1914.

impérieuse d'*urines nerveuses* : souvent aussi, on observe la *rétention* ou l'*incontinence* émotives, la difficulté du cathétérisme, etc.

Une mention particulière doit être réservée à l'*appareil génital*. Chez l'homme, comme chez la femme, on note la même tendance aux réactions spasmodiques, la même spasmophilie, ici encore rapportée, le plus souvent, par les auteurs classiques, à l'hystérie, qui peut simuler tout au plus l'éréthisme psycho-réflexe de la musculature striée, mais qui reste à peu près sans action sur la musculature lisse. Chez la femme : coliques utérines, dysménorrhée, parfois métrite muco-membraneuse ; très souvent : constriction spasmodique des releveurs de l'anus. Chez l'homme : hyperesthésie génitale, érection facile, éjaculation rapide, spermatorrhée, notamment spermatorrhée émotive, l'émission de liquide séminal se produisant spontanément, parfois sans excitation sexuelle, sous la seule influence d'un état d'énervement, d'impatience, d'irritation, d'anxiété. Ces troubles sont, autant et plus que les précédents, facteurs d'anxiété secondaire hypocondriaque, en même temps que stigmates d'éréthisme psycho-réflexe.

Signalons encore, dans le domaine des réactions organiques, les *synergies viscérales*, en vertu desquelles l'émotivité anxieuse se répercute d'un appareil sur l'autre, le spasme digestif provoquant la palpitation cardiaque ou l'oppression respiratoire, etc.

II. — SYMPTOMES PSYCHIQUES.

Les *stigmates psychiques* de la constitution anxieuse peuvent se ramener, dans leur ensemble, à la prédominance habituelle de l'*anxiété*, avec insécurité, doute, irrésolution.

Cette *anxiété pathologique* se distingue de l'*anxiété normale* par des caractères précis, que nous allons analyser, en rappelant toutefois que l'état normal et l'état morbide se relient l'un à l'autre, ici comme ailleurs, par une série indiscontinue de termes intermédiaires.

Il existe une *anxiété légitime*, compatible avec la santé psychique.

L'anxiété, dans certaines circonstances critiques, est l'attitude normale de l'homme bien portant. Mais elle reste alors proportionnée à son objet ; elle est consécutive à l'idée d'un danger sérieux, réel ou vraisemblable ; elle constitue un stimulant, un moyen d'action, en concentrant les forces de l'individu vers la solution urgente d'une situation intolérable. Elle est passagère : sa fonction normale est, non de prolonger le doute et l'insécurité, mais de les faire disparaître au plus tôt. Rapidement, elle se dénoue par l'intervention efficace, par la précaution ou la vérification opportunes, qui calment la crainte et préviennent le malheur ; dans certains cas, lorsque le danger est inévitable ou la certitude impossible à atteindre, l'individu bien équilibré n'est que faiblement sollicité par le doute anxieux, ou, du moins, il peut s'y sous-

traire aisément : il porte ailleurs son attention et son activité, appliquant spontanément aux préoccupations anxieuses ce remède naturel que Pascal, anxieux constitutionnel, concevait comme inadmissible et monstrueux : la distraction, le « divertissement ». Il sait contenir son émotion et *inhiber l'anxiété*, lorsqu'elle est improductive. Celui-là du moins peut rester calme et s'endormir sur le « mol oreiller du doute ».

L'anxieux constitutionnel, au contraire, pareil à l'alcoolomane, qui joint à l'appétit pour les spiritueux l'intolérance à l'alcool, va *au-devant* de l'anxiété, et il en est torturé. Cette anxiété est disproportionnée, illégitime ; elle s'émeut de dangers insignifiants ou invraisemblables, ou lointains et parfois inévitables ; souvent aussi, elle est *sans motif* : elle apparaît alors comme *antérieure* à la représentation même du danger ; elle est *essentielle* et *primitive*.

Ce qui est anormal et pathologique, ce n'est donc pas d'éprouver occasionnellement de l'anxiété C'est d'être *un anxieux* : c'est de présenter, en même temps que les stigmates physiques, déjà indiqués, de la constitution anxieuse, l'ensemble, plus ou moins complet, des stigmates *psychiques*, dont nous allons aborder maintenant l'étude.

Rappelons, une fois encore, que de tels symptômes, physiques ou psychiques, n'ont, bien entendu, de valeur que par leur groupement, par leur importance et par leur nombre, qui mesurent, en quelque sorte, le degré de l'anxiété constitutionnelle. Ils sont, en outre, variables, d'un moment à l'autre,

et peuvent s'associer à des éléments d'euphorie et d'optimisme, qui les corrigent et les tempèrent, avec ou sans coïncidence de constitution cyclothymique. Il s'agit alors d'*anxieux mitigés* ou incomplets, qui n'en sont pas moins des anormaux.

Chez l'anxieux chronique, le fond mental est constitué par un état, permanent et paroxystique, d'*insécurité*, de *disposition pantophobique*[1], qui n'attend pas, pour se manifester, la menace d'un événement extérieur, mais qui s'exerce et s'épanche en quelque sorte à vide, à propos de tout et de rien, sous forme d'inquiétude essentielle, primitive et diffuse.

L'anxieux *sursaute* au moindre bruit, s'alarme, se désole et se désespère pour des circonstances futiles. L'alerte la plus insignifiante le laisse haletant et oppressé, lui fait battre le cœur ou le serre à la gorge.

Il est hanté de sombres *pressentiments*, de présages funèbres ; et dès que, dans le nombre immense des événements qu'il appréhende, un seul vient à se réaliser, il s'écrie : « Je l'avais bien prédit ! » C'est un « prophète de malheur ». Pour lui, le possible, l'avenir, le nouveau, c'est le danger, la menace, la catastrophe. Le hasard lui apparaît comme une force redoutable et malveillante, comme une sorte de divinité contraire. Il est pessimiste. Il croit à la « déveine » ; et, quand elle ne se réalise pas d'elle-même, il la fait naître par sa réaction même, par ses déceptions, ses déconvenues, ses

1. *Pantophobique* et non *panophobique*, épithète qui, en bonne étymologie, ne pourrait servir à désigner que : la crainte du dieu Pan.

soucis, ses alarmes. Il répète : « C'est bien ma chance ! Cela n'arrive qu'à moi ! » Ces sujets portent, pour ainsi dire inscrite à l'avance, dans les traits de leur visage et les dispositions de leur esprit, leur destinée misérable. Quoi qu'il puisse leur arriver, et même s'il ne doit rien leur arriver d'affligeant, *ils seront malheureux*. Leur sensibilité n'est accordée que pour vibrer à des impressions douloureuses.

Ils ont, d'ordinaire, un sentiment assez marqué d'incapacité, d'*impuissance*. Ils s'accusent volontiers. Ils affirment d'avance que leurs entreprises ne réussiront pas ; ils se plaignent de n'être pas mieux servis par eux-mêmes que par le hasard ; ils n'ont pas de talent ; ils manquent de savoir-faire, de décision, d'énergie. Il ne leur arrive que des malheurs, mais c'est « par leur faute ». « Ils n'en font jamais d'autres ! »

Ils se montrent, dans leurs relations avec leurs semblables, humbles, effacés, *timides*, et ceci malgré leur orgueil, qui parfois est grand. Ils ne peuvent supporter sans effroi ni détresse l'idée que quelqu'un est là, qui les observe et qui les juge. Ils ont la peur essentielle de la présence d'autrui ; et, surtout, le regard humain, fixé sur eux, les gêne, les déconcerte et les paralyse.

Ils ont souvent le *goût des choses tristes* ; ils aiment les couleurs noires, les récits émouvants, les drames et les mélodrames, les tragédies, les poésies qui « sont de purs sanglots ». Ils s'absorbent dans la méditation de la *mort*, dont l'idée leur complaît en même temps qu'elle leur fait horreur

(thanatophilie). Certains sujets marquent une prédilection pour le macabre et le lugubre, pour la visite des cimetières, les cérémonies et les objets funéraires, les habits de deuil, etc. Selon le mot que Freud applique aux obsédés, ce sont des « oiseaux de la mort » (Leichenvogel). Très souvent, les anxieux sont hantés par l'idée et par la tentation du *suicide*.

Ils s'inquiètent facilement de *leur santé*. Ils ont peur des maladies, peur de la souffrance : ils sont douillets par anxiété, moins effrayés par ce qu'ils ressentent réellement que par l'abîme de douleur que leur imagination entrevoit ; et leur faire, par exemple, une piqûre de cacodylate ou une injection de sérum, c'est souvent, pour le médecin, une épreuve difficile. Leurs troubles cénesthésiques, d'ordre angoissant, servent habituellement de prétexte et d'amorce à leurs préoccupations sur leur santé : présentent-ils des palpitations? c'est qu'ils ont une maladie de cœur ; de l'oppression respiratoire? c'est qu'ils sont tuberculeux ; du spasme intestinal? ils ont l'appendicite, etc., etc. Ils sont sujets aux topoalgies et aux cénestopathies. Aussi lisent-ils, avec une avidité particulière, les livres de médecine et les réclames des journaux concernant les produits pharmaceutiques ; souvent ils se droguent sans à-propos, parfois jusqu'à l'intoxication. Ils se prescrivent à eux-mêmes des *régimes alimentaires*, qu'ils observent scrupuleusement, mais que la persistance de leurs troubles les amène, d'ordinaire, à modifier et à remplacer bien des fois. Ce sont les abonnés des consultations médicales, soit publiques, soit

privées, selon le degré de leur fortune ; beaucoup d'entre eux changent de médecin continuellement. Ils réclament parfois des *opérations* inutiles ou nuisibles ; et s'ils obtiennent l'intervention désirée, il leur arrive, le déséquilibre paranoïaque aidant, de s'en prendre ensuite au chirurgien, qui n'a pas su faire la part du terrain psychopathique dans le tableau morbide, ou qui a commis l'erreur dangereuse de croire qu'on puisse guérir par le bistouri l'anxiété constitutionnelle.

Lorsqu'ils sont atteints d'une *affection réelle*, ils réagissent encore par *l'hypocondrie*, en s'exagérant l'importance, la durée et la gravité de leur mal ; ils se croient perdus ; ils vont mourir ; ils sont, pour le moins, incurables. Aux symptômes primitifs, s'ajoute, chez eux, toute une série de réactions secondaires, d'ordre émotif : le malade y voit une preuve nouvelle de la gravité de son mal. Le tabétique ne peut plus faire un pas, parce que la peur de l'ataxie lui coupe littéralement les jambes ; la parkinsonnien, lorsqu'il se regarde dans la glace ou lorsque le médecin lui rend visite, présente deux sortes de tremblement : tremblement parkinsonnien et tremblement émotif. Le dyspeptique trouble sa digestion par sa crainte continuelle de mal digérer et par l'idée qu'ayant ingéré ceci plutôt que cela il ne peut manquer d'éprouver des crampes, des nausées ou des vomissements, qui se produisent en effet. L'*insomnie anxieuse,* due à la crainte de ne pas dormir et les « *douleurs d'habitude* », que crée l'expectation de la douleur, sont parmi les plus fré-

quents stigmates de cette *suggestibilité*, particulière aux anxieux, *suggestibilité d'ordre essentiellement émotif*, n'ayant qu'un lointain rapport avec la *suggestibilité hystérique*, qui est d'*ordre essentiellement imaginatif*. L'un et l'autre mode de suggestibilité a pour conséquence d'aboutir à la réalisation d'un symptôme dont le sujet a conçu l'idée par auto ou hétéro-suggestion : mais l'hystérique organise mythopathiquement, par l'intermédiaire de son imagination créatrice et de sa psycho-plasticité, un état pathologique fictif : sa paralysie, sa cécité, son mutisme, ne diffèrent pas *objectivement* des mêmes syndromes, tels qu'on pourrait les rencontrer chez un simulateur. L'anxieux se suggère, par contre, des symptômes qui ne sont que l'expression, plus ou moins directe, de son trouble affectif ; il tremble, il bégaye, il vacille sur ses jambes, il pâlit et rougit, etc., d'une manière si authentiquement émotive que l'hystérie serait incapable de reproduire *objectivement* cette symptomatologie motrice, sécrétoire et vaso-motrice. Les deux ordres de manifestations peuvent d'ailleurs être, l'un et l'autre, dans une certaine mesure, *curables par suggestion ou persuasion* : on voit parfois l'émotif, lorsqu'il est rassuré par une affirmation catégorique, recouvrer la santé tout à coup et comme par miracle, à la manière d'un hystérique. Mais la suggestibilité émotive n'en est pas moins, d'ordinaire, dans l'ensemble de ses symptômes, sinon dans ses détails, beaucoup plus difficile à réduire et à corriger que la suggestibilité imaginative.

Très fréquemment, les sujets émotifs, sous l'influence de leurs préoccupations hypocondriaques et de leur suggestibilité d'ordre anxieux, en arrivent à concevoir des *idées fixes d'incapacité fonctionnelle*, et à créer, de toutes pièces, des syndromes pathologiques, reproduisant, plus ou moins au complet, certaines maladies organiques : ce sont les *faux gastropathes*, les *faux urinaires*, les *faux génitaux*, les *faux cardiaques*, etc. Ici encore, cette *simulation des maladies* n'est pas de nature hystérique et mythopathique, mais d'origine *émotive*.

Comme les maladies réelles, les *chagrins légitimes*, la perte d'un parent, d'un ami, un échec professionnel, une blessure d'amour-propre, une déception sentimentale, etc., éveillent dans l'affectivité de ces sujets, une résonance douloureuse, anormalement vive et prolongée. Ils perdent l'appétit et le sommeil, ils dépérissent et songent à se tuer ; ils sont atteints d'ictère émotif ou d'éruptions diverses ; ils deviennent neurasthéniques ou confus. Et plus tard, leur blessure, mal cicatrisée, est toujours prête à se rouvrir. Ils ont souvent la piété des anniversaires pénibles : en eux, le chagrin s'avive, redouble et s'éternise par le souvenir.

Même dans la bonne fortune et lorsqu'ils pourraient jouir d'une tranquillité parfaite, les anxieux sentent s'élever, du fond de leur être, comme une inquiétude vague, une tristesse poignante, une sorte *d'instinct du malheur*, qui est, pour eux, comme la rançon de la gaieté présente et qui la

corrompt dans sa source. C'est à eux que peut s'appliquer, à la lettre, la citation célèbre : « Medio de fonte leporum, nescio quid amari surgit, quod ipsis in floribus angat. » Le « nescio quid amari » du poète s'appelle, en psychiatrie, l'anxiété constitutionnelle. Un de nos malades nous écrivait en termes analogues : « Au moment où la joie va fleurir dans mon âme, je sens comme une invisible main qui la resserre et qui l'étouffe. » C'est, très exactement définie, l'*inhibition anxieuse*.

Il existe, chez ces sujets, une aptitude remarquable aux *associations par contraste,* en vertu desquelles l'anxiété tire de la gaieté présente le prétexte même de l'inquiétude : « Je suis heureux, mais le temps fuit ; la mort viendra. Peut-être, en cet instant, mon père, ma femme, mes enfants, sont-ils tristes, souffrants, blessés. Peut-être sont-ils morts. Il me semble que je ne les reverrai plus vivants. » Un enfant, à la veille d'un voyage de vacances qui le séduisait beaucoup, se relevait la nuit pour aller voir si ses parents n'étaient pas partis sans lui, en l'abandonnant, ou s' « ils n'étaient pas morts subitement ». Un de nos malades, dans les occasions de joie, ne pouvait s'empêcher de répéter sans cesse en lui-même : « La fête finira mal ! » Un autre disait : « Gare à demain ! » Un troisième : « Ce bonheur n'est pas naturel ; je vais le payer cher ! » Ces sujets entendent souvent comme une *voix intérieure,* prophétique et menaçante, qui, dans une sorte de *négativisme anxieux,* dit *non* à toutes leurs joies et à

tous leurs espoirs, et leur rappelle, au sein même de la félicité, les malheurs inhérents à la triste condition humaine et l'inévitable échéance de la maladie et de la mort.

Souvent, ces sujets, lorsqu'ils sont émus, conversent avec eux-mêmes, s'adressent des avertissements, des conseils ou des reproches. Ces phénomènes d'hyperendophasie peuvent aboutir à l'*expression involontaire* de leurs préoccupations anxieuses ; ils poussent, tout à coup, des interjections qui surprennent leur entourage ; ils s'écrient : « Oh ! non ! » « Ah ! mon Dieu ! » « Oh ! là ! là ! » « Quel malheur ! ». Parfois, surtout lorsqu'ils éprouvent des scrupules ou des *remords*, ils laissent échapper, malgré eux, l'aveu du secret qui les oppresse [1].

Dans quelques occasions, lorsque l'anxiété vient à être rassurée et soulagée par une circonstance heureuse, après une bonne nouvelle par exemple, ces sujets manifestent une joie exubérante, une sorte de détente de leur émotivité morbide, avec sentiment passager de satisfaction et de bien-être, un peu comme l'obsédé après sa lutte anxieuse.

D'autres fois, l'anxieux essaye de s'étourdir par une gaîté factice, de rire, de faire des jeux de mots ; dans les dîners, c'est lui le boute-en-train de la société, et l'entourage admire

1. « Un de mes vieux péchés me suivait pas à pas,
Se plaignant de vieillir dans un lâche mystère ;
Sous la dent du remords il ne pouvait se taire,
Et *parlait haut tout seul*, quand je n'y veillais pas ».
SULLY-PRUDHOMME.

son esprit et sa belle humeur ; au fond, il reste triste. Ce n'est pas de l'hypomanie, c'est un dérivatif, une réaction instinctive contre l'anxiété permanente. C'est une sorte de griserie ; et, souvent, c'est, à la lettre, après le champagne ou après le café, à la fin du repas, que le sujet manifeste avec le plus d'ardeur cette gaîté apparente, qui laisse, dans sa conscience, comme un arrière-goût d'amertume. Parfois l'entourage apprend avec stupéfaction que le sujet s'est suicidé au sortir d'un de ces dîners ; et cependant, repète-t-on, sans y rien comprendre, « il n'avait jamais été si gai ! » Certains anxieux se livrent délibérément à l'alcool ou à la morphine, à l'opium, à la cocaïne, qui leur donnent du cœur ou les rassérènent. On peut entrer dans la toxicomanie par la voie de l'anxiété constitutionnelle.

Dans l'ordre des réactions intellectuelles, les anxieux sont, d'ordinaire, et avant tout, des indécis, des *douteurs*. Ils doutent de tout, des notions métaphysiques et des réalités objectives ; ils se posent de continuelles interrogations, qui ne comportent pas toujours de réponse. Et ce doute les torture. Ils sont de ceux qui, comme Pascal, ne cherchent qu' « en gémissant ».

Souvent intelligents, d'esprit distingué, associant l'*état mental imaginatif* à la constitution émotive, ce sont des auto-analystes puissants et fins, des argumentateurs subtils et des causeurs diserts. Ils savent exposer leurs souffrances avec une éloquence communicative. Ils sont poètes et philosophes. Mais il leur manque, d'ordinaire, le *sens du*

réel. La vie intérieure, affective et imaginative, prédomine, chez eux, sur la vie objective et pratique. Le souvenir l'emporte sur la perception et l'image sur le souvenir. Ce sont des *rêveurs*. En eux, l'imagination, mise en branle par l'anxiété, accroît, à son tour, et amplifie démesurément l'émotion. Ils méditent, s'exaltent, font des discours, dépensent leur énergie dans une agitation douloureuse et stérile. Comme Hamlet, ils croient avoir agi avec efficacité quand ils ont seulement senti et pensé avec véhémence.

Dans l'existence pratique, ce qui les caractérise, en effet, c'est *l'hésitation*, la perplexité, l'indécision. Ils sont incapables d'assumer des responsabilités et de prendre des initiatives. Ils ont l'horreur du risque. Avant l'action, ce sont des délibérations sans fin, des atermoiements et des tergiversations parfois sans issue. Au moment d'agir, leur intervention est souvent brusque, inopinée, hâtive, et semble plutôt procéder d'un *raptus impulsif* que d'une décision réfléchie. Après l'action, c'est le *regret*, l'impossible désir de revenir en arrière et de recommencer, le sentiment déchirant de l'irréparable : quel que soit le parti qu'ils ont pris, ils sont sûrs maintenant que c'était le moins bon.

Dans le *domaine moral*, cet état d'esprit aboutit au *scrupule* et au *remords*. D'infinies délicatesses de conscience, une casuistique subtile et cruelle les entravent dans leurs projets. Puis, une fois l'acte accompli, ils se sentent l'âme d'un coupable. Ils sont pointilleux, vétilleux, tâtillons, se

reprochant les moindres détails. Lorsqu'ils ont l'esprit religieux, ils se confessent sans répit, et leurs confessions successives, toujours insuffisantes, à leur gré, deviennent pour eux, non une source de soulagement, mais un prétexte à des cas de conscience nouveaux.

Leurs désirs, leurs passions se présentent souvent à eux sous la forme de *tentations*, plus ou moins impérieuses, contre lesquelles ils luttent avec anxiété et dont ils ne triomphent qu'à grand peine. Selon le mot de saint Augustin, ils ont la vertu « difficile et morose » (difficilis et tristis virtus).

Enfin, le *sentiment de la personnalité* lui-même est atteint chez quelques-uns de ces sujets. Leur propre conscience et le milieu qui les environne, leur cénesthésie anxieuse, et cette espèce de sensibilité commune externe qui résume, dans une tonalité affective particulière, l'ensemble de nos perceptions du monde extérieur, tout leur paraît bizarre, étrange, incompréhensible, plein de mystère et d'effroi. C'est une impression assez analogue au *sentiment de la dépersonnalisation*, décrit par Dugas et Moutier. Le sujet se demande s'il est bien lui-même, s'il n'est pas double, s'il n'a pas déjà vécu ailleurs, si sa mentalité ne se compose pas surtout des réminiscences ou des pressentiments d'une vie antérieure ou future [1].

1. Sully-Prudhomme a exprimé avec profondeur cet état d'esprit singulier. Je sens pleurer en moi, dit-il,

« un inconnu sublime,
Qui m'a toujours caché sa patrie et son nom. »

*
* *

Il serait intéressant de raconter et de décrire, dans ses vicissitudes sans cesse renaissantes, et au cours de ses étapes successives, la *vie de l'anxieux constitutionnel.*

Enfant, il a des peurs nocturnes ; il est timide, craintif, délicat, impressionnable et sensitif. Il redoute la solitude ; il a besoin de la continuelle assistance des êtres familiers. Il est souvent caressant, affectueux, sujet aux épanchements, aux effusions, aux « vaines tendresses ». Mais, la présence d'un visage étranger l'effarouche et le déconcerte. S'il doit quitter ses parents pour aller en pension, il se désole ; et sa sensibilité trop vive se heurte et se froisse douloureusement aux premières épreuves de la vie [1].

Ce n'est pas seulement l'enfance qui est « trop dure pour eux ». Ces sujets, par leur sensibilité trop délicate, par leur

1. « On voit dans les sombres écoles
Des petits qui pleurent toujours :
Les autres font leurs cabrioles,
Eux, ils restent au fond des cours.
Tout leur est terreur et martyre.
Oh ! la leçon qui n'est pas sue !
Le devoir qui n'est pas fini !
Une réprimande reçue !
Le déshonneur d'être puni !...
Ces enfants n'auraient pas dû naître.
L'enfance est trop dure pour eux ! »

Sully-Prudhomme.

besoin, souvent exigeant, de sollicitude affectueuse et câline, resteront toujours « des enfants [1] ».

A la *puberté*, la *vie sexuelle*, l'amour devient pour eux une source inépuisable de préoccupations anxieuses. Les sentiments de *honte* et de *pudeur* se développent et s'exaspèrent parallèlement au désir. Amant, l'anxieux craint la trahison, il est *jaloux*, non pas par méfiance et par orgueil, à la manière d'un paranoïaque, mais comme un anxieux, parce qu'il sait que le malheur le guette et doit l'atteindre justement dans ses affections les plus chères. Un geste, un mot, un rien l'inquiète et l'épouvante. Il est de ceux qui cherchent sans cesse, sur le visage la femme aimée, la trace d'un sourire qui n'était pas pour eux. Il ne peut aimer qu'en tremblant. Cette disposition affective revêt parfois, surtout chez la femme, une forme scrupuleuse assez particulière : l'épouse anxieuse est hantée par la *peur de trahir*. Elle se reproche un regard, une pensée coupables ; elle souffre d'avoir trompé « en intention », et d'être adultère, au moins par le désir.

Rappelons encore les scrupules relatifs à l'accomplissement

1. « Il leur faut une épouse à s'attendrir facile,
Souple à leurs vains soupirs comme aux vents le roseau,
Dont le cœur leur soit un asile,
Et les bras un berceau ;
Douce, infiniment douce, indulgente aux chimères,
Inépuisable en soins calmants et réchauffants,
Soins muets comme en ont les mères,
Car ce sont des enfants. »

SULLY-PRUDHOMME.

de l'acte sexuel, et surtout l'*hypocondrie génitale*, la peur des maladies vénériennes, la crainte de l'impuissance ou de la stérilité. L'intercurrence des maladies vénériennes, et, plus généralement, *ano-génito-urinaires*, a la propriété de déchaîner, avec une violence particulière, l'émotivité de l'anxieux constitutionnel ; beaucoup de chirurgiens ont eu à déplorer l'intervention inopportune pratiquée, dans ces conditions, sur un varicocèle, une fistule anale, une ectopie testiculaire, etc...

La *vie de famille* soumet à une cruelle épreuve l'*altruisme anxieux* de ces sujets ; elle exaspère leur crainte de la maladie et de la mort, pour leurs proches comme pour eux-mêmes, leur appréhension continuelle des accidents et des catastrophes. En eux grandissent, lorsqu'ils ont « charge d'âmes », le souci de leur responsabilité, la peur de l'incapacité professionnelle, le spectre de la faillite et de la ruine. Leur sollicitude inquiète est volontiers exigeante et tyrannique. Cette espèce de « persécution par la tendresse » est surtout le propre de la femme anxieuse. L'épouse retient au foyer son mari, lui impose certains vêtements, certaines habitudes, certaines précautions, pour conjurer des dangers très problématiques. La mère garde près d'elle ses enfants, les accapare et les enjuponne. Elle ne consent pas à les laisser sortir seuls, par crainte des voitures et des mauvaises rencontres, leur interdit les lointains voyages, les professions dangereuses, les mariages pouvant amener des séparations pro-

longées, etc. ; elle les terrorise par ses avertissements et ses conseils : elle leur prescrit des soins d'hygiène et des régimes plus ou moins vexatoires, en vue d'affermir un état de santé, qui n'est d'ailleurs pas compromis.

Plus tard, avant et après l'âge critique, c'est l'*anxiété de vieillir*, la nécessité de renoncer à l'amour, l'éloignement des affections chères, des enfants qui se marient ou des amis qui disparaissent ; c'est la tristesse poignante de constater la décrépitude progressive du corps et de l'esprit, l'angoisse des cheveux blancs, de la calvitie et des rides. Parfois aussi, dans l'ordre pécuniaire, c'est une *certaine forme d'avarice*, ou plutôt de « pseudo-avarice »[1], la crainte de rester sans ressources à l'âge où l'on n'en peut plus acquérir, avec peur instinctive, continue et angoissante, du risque, de la dépense et du vol.



Il existe, dans la vie quotidienne, une foule d'épreuves et de *réactifs*, qui mettent en évidence les petits signes de la constitution anxieuse. C'est le *bruit* soudain, inopiné, la détonation imprévue, qui font tressaillir et bouleversent le sujet (porte refermée avec fracas, brusque coup de sonnette, vaisselle cassée, cris dans là rue, explosion d'un bouchon

1. Rogues de Fursac, *L'Avarice*. Paris, Alcan.

de champagne, coup de feu, même prévu et annoncé, bruit du tonnerre, etc...). C'est la *nouvelle* impressionnante, reçue dans des conditions dramatiques : information du diagnostic après une consultation médicale, résultat d'un examen ou d'un concours, réception d'une lettre importante et surtout arrivée d'une *dépêche*, que l'anxieux déchire d'une main hâtive et tremblante. C'est l'*alerte*, menace d'accident, début d'incendie, d'inondation ou d'épidémie, possibilité de guerre ou d'émeute : chaque printemps révèle, à Paris, les anxieux du 1er mai. C'est le *voyage*, avec son départ émouvant, la séparation déchirante, l'*adieu* intolérable, les incidents de route, la peur du chemin de fer et de l'automobile, la crainte des naufrages, le regret des absents, la *nostalgie*, avec échange d'un interminable courrier de lettres envoyées et reçues ; ils ont besoin de cela, disent-ils, « pour leur tranquillité ». C'est la *maladie* intercurrente, même légère, surtout si une opération est nécessaire ; c'est la peur du médecin, qu'on redoute parfois plus que la maladie, parce qu'il apporte l'émotion du diagnostic ; c'est la peur du dentiste, du chirurgien, la peur des médicaments, la peur du chloroforme, etc.

L'*attente*, aussi bien que la *surprise*, est intolérable aux anxieux. Tandis que l'optimiste réagit à l'attente par l'espoir, l'indifférent par l'ennui, l'anxieux réagit par le pessimisme, l'inquiétude et l'angoisse.

Certaines *circonstances physiologiques* ou pathologiques

révèlent parfois avec plus d'évidence encore la prédisposition anxieuse. Ce sont d'abord *les rêves,* souvent à forme de cauchemars, avec *réalisation des craintes* conçues, plus ou moins explicitement, à l'état de veille ; signalons la fréquence des *rêves d'arrêt* et d'empêchement, des rêves de chutes et de catastrophes, etc... Très souvent aussi, réveils en sursaut, *insomnie anxieuse* plus ou moins complète.

La menstruation et la ménopause, la fatigue, certaines intoxications comme l'alcoolisme et, à un moindre degré, le caféisme et le tabagisme, les maladies infectieuses, les traumatismes sont autant de réactifs propres à mettre en valeur la dépression anxieuse constitutionnelle : ces sujets « ont le vin triste » ; un embarras gastrique, un simple épisode fébrile provoquent, chez eux, des réactions affectives, parfois délirantes, à forme dépressive et anxieuse.

Une grande loi préside à l'évolution de l'anxiété constitutionnelle : elle est à *prédominance matinale.* Elle s'exagère souvent aussi au cours des périodes digestives.



La *graphologie* de ces anxieux, lorsqu'elle est expressive, porte bien la marque de leurs craintes, de leur hésitation, de leurs scrupules, de leur découragement. L'écriture est irrégulière, tourmentée et tâtillonne, raturée et surchargée, modifiée, d'un instant à l'autre, par l'instabilité des idées

et des sentiments ; souvent, la ligne est inclinée, tombante, oblique de haut en bas et de gauche à droite.



Les *moyens de défense* de l'anxieux constitutionnel sont innombrables. Qu'on ouvre son porte-monnaie et son portefeuille, on y trouvera souvent des talismans, des fétiches : corde de pendu, morceaux de fer, sous percés, médailles de toutes sortes. Il porte au cou des amulettes et des scapulaires. Voici, dans sa poche, bien à portée de sa main, la petite glace qui lui sert à regarder son visage et sa langue, lorsqu'il a des préoccupations hypocondriaques. Dans sa chambre, on retrouvera des stigmates semblables. La porte de celui-ci est fermée, barricadée par de triples verrous; il s'est ménagé une issue en cas d'incendie. Dans son coffre-fort, ou dans sa cassette bien close, on découvre des assurances sur la vie, ou contre les accidents, et son testament, qu'il a souvent refait, dans des circonstances solennelles, lorsqu'il croyait sa mort prochaine. Beaucoup de sujets ne peuvent dormir sans lumière ; leur chambre communique avec celle d'un parent ou d'un ami, par peur de la solitude ; quelques-uns *déménagent continuellement,* ou font, loin de leur domicile, des sortes de *fugues anxieuses,* surtout après une émotion, un accident, une déception sentimentale.

On observe souvent, dans leur conduite, des bizarreries,

des *manies*, en apparence inexplicables ; ils suivent toujours la même route ou le même trottoir ; ils ont l'habitude de monter les escaliers d'une certaine manière ; ils ne prennent jamais les ascenseurs, jamais le métropolitain, jamais un chemin de fer qui doit passer sous un tunnel, etc... Ils sont *superstitieux*, ils se livrent à des *manœuvres de conjuration* pour apaiser l'anxiété (marmottements, formules magiques, tapotement sur les objets, etc...). Ils se proposent des *réussites* : « Si je fais ceci, la chance sera pour moi. » On les voit ainsi perdre volontairement au jeu, acheter un objet inutile, donner à un pauvre une aumône excessive et inattendue, etc. Ils font des *vœux ;* ils ne portent que des cravates et des vêtements d'une certaine couleur. Ils conservent des *reliques*, qui commémorent les émotions passées, les entretiennent et les perpétuent.

Hésitants et douteurs, ils recherchent des *conseillers*, qui leur inspirent, et, à l'occasion, leur imposent confiance. Ils ont besoin de *foi* et de *dogmes*. Ils consultent les sorciers et les somnambules. D'autres s'attachent à des *directeurs de conscience, prêtres ou médecins*, dont l'autorité, l'assurance et l'intrépidité d'affirmation ont sur eux beaucoup plus de pouvoir et d'ascendant que la compétence véritable. Ils sont, d'ordinaire, *religieux et mystiques* : ils ont le sentiment du mystère universel, où ils sont plongés, et qui les opprime. S'ils sont d'abord incrédules, leur athéisme peut faire place, à la suite d'une émotion, d'un accident, d'une maladie ou

aux approches de la mort, à des *conversions* parfois retentissantes. La *confession* et la *prière* sont, pour les anxieux, des procédés instinctifs de soulagement et de réconfort. La *confession* leur sert à épancher leur émotivité péniblement contenue ; c'est un mode de « catharsis ». Et la *prière* possède, à leurs yeux, l'avantage, supérieur encore, de donner à l'anxiété une issue qu'ils peuvent croire *efficace* ; elle transforme, pour eux qui ne savent pas agir, la seule expression du désir en un moyen d'action : elle est le recours suprême, sans cesse disponible et souverain, par l'intermédiaire de Dieu, qui peut tout.

Mais l'anxiété trouve dans la croyance religieuse, aussi bien que des moyens de défense, des motifs d'aggravation. Ces sujets redoutent la perte de la grâce, la prédestination mauvaise, le sacrilège, l'impiété, la malédiction divine et la damnation éternelle. Ils ont des scrupules religieux, ils craignent de pécher par action et surtout par omission. Et la bonne nouvelle des Évangiles ne leur apporte souvent que la peur de l'au delà, plus douloureuse encore que la certitude du néant[1].

Rappelons, une fois de plus, que ces symptômes, dont beaucoup, considérés isolément, peuvent paraître normaux ou presque normaux, ne valent que par leur association, leur intensité, leur prédominance élective, chez un sujet déter-

1. C'est le sens profond du « *to be or not to be* » d'Hamlet.

miné. La constitution anxieuse, dont nous venons d'indiquer dans un tableau systématique et schématique, les éléments les plus constants et les mieux caractérisés, se manifeste, en pratique, sous forme de *tempéraments*, aussi nombreux, aussi variés que les individus eux-mêmes. L'un sera surtout un peureux, l'autre un scrupuleux, l'autre un douteur; mais, ici comme ailleurs, les manifestations monosymptomatiques d'une constitution psychique sont exceptionnelles, et l'anxiété chronique se signale presque toujours par la multiplicité et le *polymorphisme* de ses stigmates.



Nous voulons encore insister sur *l'association* fréquente de la constitution anxieuse avec d'autres aptitudes morbides : nous avons indiqué que le déséquilibre imaginatif ou paranoïaque s'adjoignent souvent, le premier surtout, au déséquilibre émotif. La multiplicité des stigmates de dégénérescence et le polymorphisme des antécédents héréditaires s'accordent bien avec la complexité habituelle d'un tableau clinique où la disposition anxieuse figure, non comme symptôme exclusif, mais comme élément central et prédominant.

Trois ordres de manifestations pathologiques s'associent, avec une fréquence particulière, à la constitution anxieuse et sont d'autant plus intéressants à considérer qu'ils contribuent, sans doute, pour une part, à la pathogénie du

syndrome. Ce sont : 1° La *déséquilibration glandulaire* : dysthyroïdie, plus ou moins fruste (cou de biche, œil brillant, légèrement exorbité, pouls rapide, frémissement vibratoire), dysovarie (notamment règles difficiles, aménorrhée par intervalles, d'où, parfois, craintes de fausse grossesse) ; 2° Certaines *malformations viscérales* : tendance aux *ptoses*, déviations et distensions d'organes (ectopie intestinale, rénale, utérine, testiculaire, etc...). L'anxiété de ces malades les conduit tour à tour devant des spécialistes divers qui pratiquent sur eux les « pexies » les plus variées (hystéropexie, néphropexie, colopexie, orchidopexie, etc...) ; 3° La *déséquilibration motrice*, telle que l'a définie Dupré. Le tremblement, l'aptitude aux spasmes, l'éréthisme réflexe sont communs aux deux constitutions de déséquilibre moteur et anxieux. On conçoit aisément l'affinité profonde des deux terrains psycho-névropathiques, lorsqu'on réfléchit à l'importance des phénomènes moteurs dans l'émotivité normale et pathologique[1]. Si l'éréthisme réflexe des *muscles striés* aboutit surtout à la *déséquilibration motrice* proprement dite, l'éréthisme réflexe des *muscles lisses*, présidant à la motricité viscérale, profonde et végétative, intervient, pour une part prépondérante, dans le déterminisme pathogénique de la *constitution émotive*.

1. Cf. l'étymologie du mot : émotion, qui signifie : perturbation motrice.

LA PSYCHOSE ANXIEUSE

Indépendamment de ces manifestations chroniques, on observe, chez l'anxieux, sous l'influence des causes les plus diverses (émotions, fatigue, insuccès professionnel, déception sentimentale, maladies et, notamment, affections digestives ou génito-urinaires), des *recrudescences* plus ou moins prolongées de l'émotivité constitutionnelle. Les malades doivent alors suspendre leur activité pratique et renoncer pour un temps à l'exercice de leur profession ; ils sont distraits, instables, incapables de travail suivi, découragés, énervés, irritables, en proie à des préoccupations pénibles et à des craintes pantophobiques. Ils doivent se faire soigner ; on les voit en clientèle privée plus encore que dans les consultations publiques et dans les maisons de santé beaucoup plus que dans les hôpitaux.

On les dit « *neurasthéniques* ». Cependant, ils n'ont pas ou n'ont que secondairement les stigmates de l'asthénie psychique et physique, qui seuls permettraient, à bon escient, de porter le diagnostic de neurasthénie.

Bien que harcelés de craintes, assiégés de scrupules, tourmentés par le doute et l'irrésolution, ils ne sont pas, à proprement parler, des *obsédés*, parce que leur appréhension reste vague, diffuse, pantophobique ; elle ne se fixe pas ; souvent même, les malades sont incapables de la formuler. Ce qu'ils redoutent, c'est non, comme l'obsédé, *tel* malheur précis, bien défini, qu'on peut désigner d'un nom français ou grec, mais, c'est le *Malheur*, sans autre détermination ; leur anxiété, plus éclectique et moins localisée que celle de l'obsédé, abandonne au destin le choix de leur supplice. Quelques-uns sont même remarquables par leur incapacité d'aboutir à l'obsession vraie, à la crainte fixe et consciente, qui torture l'esprit, non seulement par son intensité, mais par sa durée et sa systématisation.

Même quand la crainte se précise et s'attache électivement à un objet, il s'agit, non d'une *obsession*, combattue comme une idée absurde et discordante avec la personnalité du sujet, ni d'une *idée fixe*, acceptée comme l'expression exacte d'une réalité indubitable, mais de *préoccupations*, de craintes qui apparaissent comme vraisemblables, et que le sujet, dans son doute anxieux, ne se sent pas plus en droit d'admettre que de repousser.

Ces malades présentent, d'ailleurs, assez souvent, quelques obsessions vraies, mais, d'ordinaire, accessoires et contingentes ; les craintes fixes et localisées restent à l'arrière-plan du tableau clinique, dont tout l'intérêt se concentre et gra-

vite autour de ce symptôme fondamental : *l'anxiété diffuse et incoercible*.

De même, malgré leur dépression, leurs idées noires, leur sentiment d'impuissance, leur remords, ces malades ne peuvent être considérés comme des *mélancoliques* : car ils n'ont pas l'arrêt intellectuel et moteur, ni la monotonie des réactions, ni la dépression généralisée de l'activité vitale ; leur esprit reste alerte, leurs associations d'idées sont rapides, leur attention est éveillée, leur logique disponible et pertinente ; on réussit, assez souvent, à les distraire ; il est possible de converser avec eux, pendant quelque temps, d'autre chose que de leurs préoccupations morbides ; et surtout, dans la plupart des cas, leur *imagination s'exalte* ; ils discourent, ils écrivent, dessinent, peignent, composent des vers. En face de ces malades, surtout lorsqu'on relève, dans leurs antécédents, l'hérédité suicide, il faut redoubler de vigilance : car ils présentent tout à la fois assez de dépression et d'activité pour concevoir l'idée du *suicide* et la mettre à exécution. Ce ne sont pas des mélancoliques, ce sont des anxieux chroniques en période de recrudescence émotive. Beaucoup de ces sujets ne seront jamais des mélancoliques, bien que la constitution anxieuse puisse s'associer, dans certains cas, à la constitution cyclothymique et à la psychose intermittente, sur le terrain commun de la déséquilibration émotive.

Ces malades se plaignent surtout, en règle générale, de

leur *émotivité même*, de leur insécurité vague, de l'angoisse qui les étreint, de leur oppression, de leurs battements de cœur, de leur tremblement, etc. Ah ! s'ils n'étaient plus serrés à la gorge ou à l'estomac ! S'ils n'avaient plus de palpitations ! S'ils pouvaient dormir sans s'éveiller ni sursauter au moindre bruit ! S'ils n'éprouvaient plus cette inquiétude sans objet, ou ces préoccupations douloureuses ! L'*émotion morbide* est pour eux *ce que la fatigue est aux neurasthéniques* : la cause essentielle de leurs maux et le thème habituel de leurs doléances.

L'évolution de ces recrudescences d'anxiété constitutionnelle est, d'ailleurs, bien différente de celle des accidents mélancoliques : elle n'en a pas, la plupart du temps, l'apparition brusque et souvent spontanée, l'allure cyclique et les retours plus ou moins nettement périodiques, ni enfin l'alternance avec des phases d'excitation maniaque. L'anxiété constitutionnelle est un syndrome *continu avec paroxysmes*, et non, comme la mélancolie, un syndrome intermittent. Ces accès procèdent de causes multiples sur lesquelles le médecin n'est pas toujours sans action. On peut rassurer les malades, guérir une dyspepsie occasionnelle, dériver l'émotion causale vers une forme d'activité utile, etc. Aussi la durée du paroxysme est-elle des plus variables et souvent très notablement abrégée par l'application d'un traitement approprié.

Nous avons dit que, dans certains cas, l'intensité de l'exaltation émotive pourrait faire croire à un *état hypoma-*

niaque : la gesticulation de ces malades, leur volubilité, leurs cris, leur agitation désordonnée, parfois même leurs rires et leurs chants surprennent l'observateur, qui avait souvent porté, au début des accidents, le diagnostic de dépression mélancolique et qui en est réduit à invoquer un *état mixte*. En réalité, cette excitation anxieuse n'est pas plus un signe d'hypomanie que l'abolition des réflexes, chez un polynévritique, n'est un signe de tabes. Il s'agit d'éréthisme psycho-moteur et de mentisme, de nature émotive et anxieuse, comme on observe, dans d'autres circonstances, un éréthisme et un mentisme, de nature neurasthénique ou confusionnelle.

Malgré leurs préoccupations hypocondriaques, ces malades ne sont pas non plus des *délirants hypocondriaques*. Ils sont seulement anxieux à propos des troubles physiques, vrais ou faux, qu'ils redoutent, et qui, pour la plupart, se ramènent à des impressions cénesthésiques douloureuses, de nature spasmodique et angoissante. Ils ne construisent pas de système ; ils se contentent d'exprimer ce qu'ils ressentent et de s'en inquiéter. Leur avenir n'est pas celui d'un délirant, d'un paranoïaque, c'est celui d'un anxieux, dont les préoccupations évolueront parallèlement aux oscillations, provoquées ou spontanées, de l'émotivité constitutionnelle.

C'est à ces faits, dans lesquels l'état morbide actuel représente une exagération, plus ou moins durable et plus ou moins grave, de l'anxiété constitutionnelle, que s'appliquerait avec exactitude la dénomination de *Psychose anxieuse*. C'est, en

effet, à l'anxiété, paroxystique et continue, que se ramènent, dans cette psychose : 1° le tableau clinique actuel ; 2° le déséquilibre affectif permanent. Chez ces malades, l'anxiété constitutionnelle, objectivement révélée par ses stigmates psychiques et neurologiques, résume donc, à la fois, dans ce qu'elles ont d'essentiel, la *séméiologie* et l'*étiologie* du syndrome.



Ces faits ont été confondus par la plupart des auteurs avec les obsessions, au chapitre desquels on les décrit, d'ailleurs incomplètement, sous le nom de phobies diffuses et d'états pantophobiques. Ils sont, parfois aussi, rattachés à la psychose maniaque-dépressive et à la cyclothymie.

En Autriche, Freud, sous l'empire d'idées doctrinales, mais aussi par l'observation directe et minutieuse de certains états psychopatiques, est arrivé à constituer, à côté de l'hystérie, des phobies et des obsessions, un syndrome particulier, qu'il considère comme une affection autonome et qu'il a désigné sous le nom de *Névrose d'angoisse* (Angst Neurose). Nous critiquerons, seulement en passant, le terme de névrose, qui laisse dans l'ombre la réaction psychique, capitale en l'espèce, et le terme d'angoisse, qui consacre la même erreur, en insistant sur le symptôme physique et en négligeant le symptôme psychique, l'anxiété. Il n'en est pas moins vrai que la synthèse de Freud est excellente,

parce qu'elle est, avant tout, clinique. Dans son œuvre si vaste, à certains égards géniale, et, à beaucoup d'autres, si contestable et si caduque, elle peut et doit subsister, parce que, en raison de son exactitude objective, elle reste précisément indépendante des vues théoriques de l'auteur.

La névrose d'angoisse, telle qu'elle a été décrite par Freud, coïncide, dans ses grandes lignes, et souvent jusque dans ses détails, avec le tableau morbide que nous avons observé au cours des recrudescences de l'état émotif, chez les anxieux constitutionnels.

Lorsqu'on se reporte au résumé si clair, si impartial et si vivant que MM. Régis et Hesnard[1] ont donné de la doctrine de Freud, on est frappé du contraste qui existe entre l'affirmation de l'anxiété *diffuse* et *chronique*, observée par l'auteur avec tant de justesse, et l'hypothèse d'une étiologie *occasionnelle* et *spéciale*, relative à l'exercice de la *fonction sexuelle*, selon la psychogenèse univoque attribuée par Freud à presque toutes les affections mentales.

Voici d'abord la *clinique :*

« La névrose d'angoisse est, pour Freud, une maladie des plus communes. Elle comprend toutes les manifestations neuropathiques, autres que l'hystérie et les phobies et obsessions, qui consistent en des symptômes d'émotion, aigus ou chroniques. Le tableau clinique en est infiniment

1. Régis et Hesnard, *La Doctrine de Freud*. *Encéphale*. 1913.

plus varié que celui de la neurasthénie, et son aspect est conditionné par les différentes façons spécifiques que chaque individu possède de réagir à l'émotion. Il faut signaler parmi les symptômes fondamentaux, trop souvent confondus avec la neurasthénie ou les phobies (agoraphobie et phobie des fonctions notamment) : l'excitabilité générale et sensorielle, la faiblesse irritable, l'insomnie, l'*attente anxieuse*[1], qui s'accompagne si fréquemment d'hypocondrie et même de scrupule, de doute et de honte et qui est essentiellement constituée par une anxiété diffuse, flottante, sans cause ni objet défini ; les *crises anxieuses*, accès névropathiques, dont le fond est une angoisse soudaine qui peut prendre toutes sortes de formes, suivant ses irradiations somatiques (crampes cardiaques, asthme respiratoire, boulimie, malaise gastrique avec resserrement épigastrique ou nausées, etc.), ou les qualités de son retentissement psychique. Ces crises sont surtout méconnues sous leurs formes frustes ou rudimentaires, souvent prolongées et chroniques, et qui se présentent comme l'exagération de tel ou tel élément partiel : sensation cardiaque ou respiratoire, sueurs profuses, tremblements, diarrhée, terreur nocturne, incoordination motrice, douleur rhumatoïde, état vertigineux, lipothymie, dit vertige gastri-

1. L'expression : attente anxieuse, mise à la mode par Freud, est pléonasmatique. Car, si toute attente ne présente pas nécessairement les caractères de l'anxiété, l'anxiété, par contre, est *toujours une attente*. Par cette expression d' « attente anxieuse », en réalité synonyme d'anxiété, Freud veut désigner, non l'anxiété pure et simple, mais l'*anxiété vague et diffuse*, sans objet défini (Devaux et Logre).

que, etc. L'état mental de l'anxieux est fait d'inquiétude constante avec exacerbations ; on observe aussi, chez lui, de l'hyperesthésie à la douleur et une certaine aptitude à l'hallucination. »

Voici maintenant la *pathogénie :*

« La névrose anxieuse survient chez des gens qui ont incomplètement inassouvi leur tension sexuelle. Sa formule étiologique réside dans l'irritation génésique insatisfaite (frustrane Erregung)...

« La tension sexuelle s'irradie alors du côté de l'innervation somatique, en produisant une série de symptômes, parfois très comparables aux manifestations des émotions normales, et même des manifestations émotives du coït.....

« C'est l'émotion *angoisse,* et non une autre, qui se produit dans l'irritation génésique fruste, c'est-à-dire, la peur d'un danger à venir, sans doute parce que la psyché se trouve, vis-à-vis de cette perturbation de la sexualité, dans une attitude semblable à celle qu'elle prendrait en face d'un agent extérieur dont elle prévoirait l'action dangereuse. Dans les deux cas, elle se sent incapable de s'acquitter de sa tâche normale : adaptation à la réalité extérieure ou adaptation intérieure à une insuffisance des fonctions réflexes. »

« Freud décrit ainsi l'angoisse des adolescents (virginale Angst), qui apparaît au moment des premiers contacts avec la sexualité normale et au moment de la révélation pratique du mystère sexuel... ; l'angoisse des nouveaux mariés, prin-

cipalement des jeunes femmes, qui doivent passer de l'anesthésie génitale initiale aux premières manifestations du plaisir sexuel ; celle des femmes dont le mari est impuissant ou sujet à l'éjaculation précoce ; celle des hommes qui pratiquent le coït interrompu ou réservé : celle des veuves et des abstinents, etc., etc... ».

« Le seul acte qui puisse détourner la tension sexuelle de cette irradiation anormale est le rapport sexuel avec satisfaction complète. »

L'explication freudique aboutit donc, en fait, à méconnaître l'importance pathogénique de l'anxiété constitutionnelle. L'anxiété n'est plus ici représentée que comme une réaction secondaire à une perturbation de la vie psychosexuelle. L'observation clinique semble montrer, au contraire, que la *disposition anxieuse* est, le plus souvent, *primitive* ; c'est la *constitution émotive*, sensibilisée ou non par des causes intercurrentes, qui est le facteur pathogénique essentiel de la psychonévrose d'angoisse.

En effet :

1° Les *stigmates neurologiques permanents* que l'on peut, pendant toute l'existence du sujet, mettre en évidence par l'étude systématique des réflexes et par la provocation, en quelque sorte expérimentale, des réactions motrices, sécrétoires et vaso-motrices, bref, tous les signes objectifs de la constitution émotive et anxieuse n'attestent-ils pas l'*anomalie congénitale* des manifestations physiologiques, qui sont à la

base de l'émotivité anxieuse? L'éréthisme psycho-réflexe représente, chez ces sujets, le trouble fondamental; il est antérieur à l'émotion sexuelle; il en est indépendant, au moins dans son existence, sinon dans ses variations.

Freud a donc confondu un déséquilibre *primitif et constitutionnel* avec une perturbation *secondaire et acquise*.

2° Sans doute, les modifications de la tension sexuelle ont une importance majeure dans la provocation des recrudescences de l'anxiété constitutionnelle. L'influence de la vie sexuelle sur la vie émotive est un lieu commun de la pathologie mentale. Il peut être légitime d'y revenir et d'y insister. MM. Déjerine et Gauckler[1] ont apporté, dans un livre récent, toute une série de documents, qui confirment, d'une manière très intéressante et très personnelle, l'extrême fréquence et la haute efficacité de ce facteur pathogénique. Mais, que d'autres circonstances puissent figurer à l'étiologie de l'émotion anxieuse : perte d'un parent ou d'un ami, déboires professionnels, misère, maladie, etc., c'est ce qui n'est pas douteux. L'instinct de conservation et d'expansion ou, d'un mot, l'*amour-propre*, dans le sens que lui donnait La Rochefoucauld, peut, tout aussi bien que l'amour sexuel, accroître et entretenir l'anxiété chez un émotif constitutionnel.

Comme La Rochefoucauld, auquel il ressemble à certains égards, par sa tendance étroitement systématique, Freud a

1. Déjerine et Gauckler, *Les manifestations fonctionnelles des psycho-névroses*. Paris, Masson, 1912.

donc confondu, dans la psychogenèse des sentiments, une étiologie *fréquente* avec une étiologie *exclusive*.

3° Enfin, dans les cas où l'insuffisance des satisfactions génitales existe et apporte son appoint à l'étiologie de l'émotivité anxieuse, il arrive, bien souvent, que cette perturbation sexuelle est elle-même *secondaire* aux manifestations psychiques et somatiques de l'anxiété constitutionnelle. C'est *parce que* le malade est anxieux que l'acte sexuel ne peut s'exercer normalement, et son impuissance reconnaît alors une origine émotive ; c'est parce que l'éréthisme réflexe est extrême que l'éjaculation est, chez lui, prématurée, et que l'acte sexuel est trop bref, etc.

Le déterminisme réel des faits est donc, ici encore, dans bien des cas, exactement l'inverse du mécanisme pathogénique invoqué par Freud. C'est l'anxiété constitutionnelle qui provoque le désordre sexuel. Par une erreur de dialectique, également très répandue, il semble donc que Freud ait confondu, au moins chez certains sujets, *la cause avec l'effet*.

LA CRISE ANXIEUSE

Parmi les symptômes de la constitution anxieuse, il convient d'ajouter à la disposition affective, plus ou moins permanente, que nous venons de décrire, certains accidents *aigus* : d'abord et surtout, la crise nerveuse, crise convulsive classique, survenant à la suite d'émotions, de contrariétés, de chagrins ; c'est la *crise émotive,* accident autonome de la constitution anxieuse, épisode que l'hystérie peut imiter et contrefaire, ou exagérer, mais qu'elle ne peut reproduire au complet, dans la sincérité de sa séméiologie psychique et dans l'objectivité de ses symptômes physiologiques.

De la crise convulsive, crise émotive proprement dite, on peut distinguer, sous le nom d'*ictus émotif*, le paroxysme anxieux, très fréquent chez certains sujets, qui se manifeste par des signes prédominants de défaillance subite, pouvant aller jusqu'à l'évanouissement et à la syncope. Le malade, à la suite d'une contrariété, d'une mauvaise nouvelle, d'un événement impressionnant, etc., éprouve des vertiges, des bourdonnements d'oreilles, sent ses jambes se dérober sous

lui : le corps se couvre de sueurs froides ; le visage est pâle, le regard vague, le pouls petit et rapide. La conscience s'obscurcit, les idées sont confuses et le souvenir de l'épisode émotif peut rester, après la crise, très incomplet. L'entourage et le malade décrivent souvent ces accès sous le nom d' « attaques », d' « évanouissements » ou de « vertiges ». On pourrait les confondre avec un ictus apoplectique ou une absence comitiale. Nous aurons l'occasion d'insister plus loin sur des états moins brefs, à symptomatologie confusionnelle plus accusée, connus, depuis Féré, sous le nom d' « *ivresses émotives* ».

Rien n'est plus variable, d'ailleurs, que l'aspect clinique de ces paroxysmes anxieux. L'anxiété peut être à peu près uniquement *psychique*, avec disposition pantophobique, et, à un degré moindre, sentiment de bizarrerie et d'étrangeté des êtres et des choses, qui paraissent incompréhensibles et menaçants. L'anxieux se demande pourquoi tout est « drôle » ; il veut savoir « ce qui se passe ». Parfois le malade est saisi d'un *tremblement* intense, avec polypnée et suffocation : il frissonne et claque des dents : sa réaction ressemble assez bien à celle d'un sujet normal qui reçoit une douche d'eau froide. Dans d'autres circonstances, ce sont les phénomènes *angoissants*, avec sensation de mort imminente, qui dominent la scène morbide : ces formes rappellent l'anxiété paroxystique de Brissaud, sur laquelle nous reviendrons. Chez d'autres sujets, la crise est surtout *gastrique* et intestinale et se

marque par des éructations, des nausées, des vomissements, de la diarrhée. Parfois aussi, la symptomatologie est à prédominance *urinaire*, avec pollakiurie et polyurie : il est à noter, d'ailleurs, que la plupart des paroxysmes anxieux se terminent par une débâcle d'urines claires, dites urines nerveuses ; et si l'on conçoit aisément que l'émotion puisse provoquer de tels troubles glandulaires, il semble bien, en revanche, que l'hystérie, malgré l'opinion classique, soit impuissante à les réaliser.

Nous insisterons enfin sur les *formes coléreuses* de la crise d'anxiété : souvent, en effet, la colère s'accompagne d'anxiété, dans ses paroxysmes, chez les coléreux constitutionnels ; de même, l'anxiété chronique peut se traduire, à l'occasion, par des crises d'irritation violente et de fureur, avec trépignement, grincement de dents, gesticulation désordonnée, tendance à briser les objets, propos injurieux et, souvent même, agressivité contre l'entourage. Puis, cette grande exaspération tombe brusquement ; et le sujet, honteux et repentant, s'excuse et implore son pardon, parfois au cours d'une véritable crise de sanglots.

CHAPITRE III

RAPPORTS DE LA CONSTITUTION ANXIEUSE ET DES DIFFÉRENTES VARIÉTÉS D'ANXIÉTÉ MORBIDE

Nous avons montré que l'anxiété constitutionnelle, compatible, dans ses degrés moyens, avec une existence pratique simplement anormale, peut, par son aggravation, provoquée ou spontanée, et relevant ou ne relevant pas d'influences psycho-sexuelles, aboutir à des accidents franchement pathologiques : les uns, aigus, de symptomatologie très intense et de durée éphémère, sont représentés par les diverses formes de la *crise émotive* ; les autres, plus ou moins prolongés, parfois chroniques, et, d'ordinaire, *subaigus*, se prolongent de quelques semaines à quelques mois ; ils méritent d'être isolés sous une dénomination particulière : il s'agit alors, comme nous y avons insisté, de la *Psychose anxieuse*, dont la séméiologie est très analogue à celle de la névrose d'angoisse, décrite par Freud, mais dont l'étiologie et la signification nosologique sont profondément différentes.

En résumé, les seuls stigmates de la constitution anxieuse peuvent, par voie de simple recrudescence, constituer un état psychopathique, nettement défini dans ses symptômes et son étiologie. Il suffit d'accentuer, d'amplifier et de pousser, en quelque sorte, au noir les traits du tableau morbide primitif, pour obtenir la séméiologie caractéristique de la *psychose anxieuse, expression clinique la plus accusée de la constitution anxieuse*.

Voilà donc, entre l'anxiété constitutionnelle et la psychose anxieuse, un rapport étiologique simple et facile à reconnaître, parce que l'affinité des deux états est évidente et foncière. Il n'en est plus tout à fait de même, lorsqu'il s'agit de fixer la part de la prédisposition anxieuse dans l'éclosion et la séméiologie de *l'anxiété, au cours des différentes psychopathies*.

On peut poser ce double principe :

1° *Nulle part, la constitution anxieuse ne suffit, à elle seule, à rendre compte du tableau clinique des affections mentales*, si l'on excepte toutefois la psychose anxieuse, simple manifestation extrême de l'anxiété constitutionnelle.

2° Mais il est *bien peu de psychopathies*, dans lesquelles la présence et l'intensité de la réaction anxieuse ne soient en rapport, au moins dans une certaine mesure, avec la disposition anxieuse constitutionnelle.

Les psychopathies peuvent, à cet égard, se répartir en deux groupes, d'étiologie et de symptomatologie bien dis-

tinctes et, en apparence, opposées ; mais l'observation clinique rapproche et relie ces termes extrêmes par toute une série de transitions insensibles.

a) Le premier groupe est celui des *psychopathies constitutionnelles*.

Dans celles-ci, le déséquilibre de l'émotivité représente, très souvent, un facteur essentiel et primitif des manifestations cliniques, par exemple dans les obsessions et impulsions, dans la psychose intermittente, dans certains délires hypocondriaques, etc. C'est alors la *constitution émotive*, le déséquilibre affectif, à manifestations anxieuses souvent électives, qui, par ses oscillations, spontanées ou provoquées, par son orientation et ses associations particulières, enfin par son retentissement sur le reste de l'activité psychique, préside, dans une large mesure, à l'apparition, à la forme et à l'évolution du tableau clinique.

Mais que de nuances et de gradations ! Tandis que, dans la *psychose anxieuse*, la constitution anxieuse, nettement caractérisée, était *tout*, elle n'est plus ici, malgré son importance majeure, qu'un des éléments du déterminisme pathogénique. Si tous les *obsédés*, ou presque tous, sont manifestement des anxieux constitutionnels, à stigmates psychiques et neurologiques incontestables, tous les anxieux ne sont cependant pas des obsédés, et il ne suffit pas d'être un anxieux constitutionnel pour devenir un obsédé. Les *hypocondriaques* présentent, fréquemment aussi, les stig-

mates les plus évidents de la constitution anxieuse : mais, pour organiser un délire hypocondriaque, il faut autre chose que la simple disposition anxieuse ; il faut un autre déséquilibre que le déséquilibre affectif. De même, un *intermittent*, pour peu que ses accès soient rapprochés, présente, d'ordinaire, un état d'hyperémotivité permanente, dont la disposition anxieuse est un élément essentiel. Mais, dans ce tableau clinique, l'anxiété constitutionnelle n'est plus seule en cause : l'intermittence se caractérise par un mode spécial de déséquilibration affective, dont les manifestations maniaques ou mélancoliques, et dont le rythme particulier, la périodicité, l'alternance, le circularisme, etc., dépassent de beaucoup le cadre et les attributs de la simple constitution anxieuse.

Voici un mélancolique anxieux, qui, à l'âge de 40 ou 50 ans, est atteint d'un premier accès, et qui, peut-être, n'en aura plus d'autre ; l'anamnèse et l'exploration actuelle des réflexes ne révèlent d'ailleurs pas toujours les stigmates caractéristiques de la constitution émotive. La prédisposition, si prédisposition il y a, restait donc latente. L'individu était peut-être, en effet, destiné, par son hérédité et son tempérament, à cette crise de *mélancolie anxieuse*. Mais, comme rien, dans l'examen direct du malade, ne permet d'affirmer la prédisposition, la notion du terrain psychopathique n'est plus qu'une *hypothèse pathogénique*, intéressante, et peut-être nécessaire, si les données de l'anamnèse héréditaire la con-

firment ; mais il ne s'agit plus, à proprement parler, d'une *réalité clinique*. Nous préférons, pour notre part, ne plus affirmer, en pareil cas, l'existence de la *constitution anxieuse*, dont le tableau symptomatique est absent, pour ne plus invoquer, s'il y a lieu, qu'une *aptitude*, héréditaire ou acquise, à l'anxiété.

Enfin, chez d'autres sujets, atteints de certaines psychopathies constitutionnelles, par exemple chez les *paranoaïques*, l'anxiété, beaucoup moins fréquente, n'est cependant pas exceptionnelle. Presque toujours, on voit ces malades présenter, au cours de leur psychose, des réactions anxieuses, parfois très vives. Mais alors, l'anxiété ne semble plus être primitive ; elle ne constitue qu'un facteur accessoire de la symptomatologie et de l'évolution. Le déséquilibre essentiel est ailleurs. Cependant, chez beaucoup de ces sujets, la coexistence de la constitution émotive et de la disposition paranoïaque fournit un appoint précieux à l'interprétation du tableau clinique : elle permet de comprendre et d'expliquer, dans une certaine mesure, la fréquence des états anxieux et la prédominance des réactions dépressives.

b) Nous allons envisager maintenant les rapports de la disposition anxieuse avec un second groupe de psychopathies : les *psychopathies acquises*, et, notamment, les psychopathies organiques et les psychopathies toxi-infectieuses.

Ici l'importance de l'anxiété constitutionnelle, dans le déterminisme des accidents anxieux, semble minime ou même

inexistante. Qu'un alcoolique soit en proie à une crise d'anxiété nocturne avec hallucinations terrifiantes, c'est là une réaction morbide dont il paraît naturel d'attribuer la cause à la seule intoxication. Il n'est pas plus nécessaire, semble-t-il, d'être prédisposé à l'anxiété pour éprouver cette terreur nocturne, sous l'influence de l'alcool, qu'il n'est nécessaire d'être prédisposé aux réactions convulsives pour présenter de l'opistothonos, sous l'influence de la toxine tétanique. Et cependant, une telle comparaison entre ces deux ordres d'affections ne nous paraît pas rigoureusement exacte. Tous les sujets réagissent par la convulsion à la toxine tétanique ; au contraire, des doses massives d'alcool, auxquelles *certains individus ne réagiront pas*, provoqueront, chez tel malade, de l'onirisme terrifiant, chez tel autre, des hallucinations cinématographiques désagréables ou simplement importunes, chez un autre, de la fabulation, presque toujours fantastique et macabre, chez quelques sujets plus rares, de l'excitation joviale, chez d'autres enfin, de la dépression anxieuse, d'aspect mélancolique. Cette fois encore, les dispositions constitutionnelles jouent donc, dans le déterminisme pathogénique, un rôle important, et parfois même prépondérant.

En résumé, nous nous bornerons donc à affirmer que *certaines intoxications* (notamment l'alcool, mais non, par exemple, l'opium ou le hachisch), et la plupart des *toxi-infections*, lorsqu'elles se manifestent par une symptomato-

logie confusionnelle prédominante, avec onirisme et hallucinations, *ont tendance* à provoquer une *forme particulière d'anxiété morbide, même chez les sujets normaux* ; mais, très souvent aussi, la toxi-infection ne fait que sensibiliser la prédisposition anxieuse, de même qu'elle peut mettre en évidence la plupart des autres déséquilibres constitutionnels.

Dans les psychopathies *organiques*, les mêmes remarques s'appliquent, mais avec une part de vérité encore plus grande : c'est un lieu commun de dire qu'une démence organique, par exemple une paralysie générale, révèle et sensibilise les aptitudes constitutionnelles du sujet. Le malade devient alors, sans doute, en un certain sens, *différent de lui-même*, comme on y a justement insisté ; mais, par un autre côté, il *reste conforme à ses tendances foncières*. Il ne se ressemble plus, surtout quant à ses facultés de contrôle, de critique et d'inhibition ; mais il conserve, au contraire, et manifeste parfois électivement, dans l'exaltation de son automatisme non refréné, ses prédispositions psychopathiques, et, notamment, son aptitude à l'anxiété.

Ce qui domine donc le problème étiologique et clinique des rapports de la disposition anxieuse avec les différentes psychoses, c'est la *complexité* ordinaire des éléments constitutifs de la scène morbide, c'est leur *mélange*, sous des formes et à des degrés divers : simple *coexistence* et parallélisme, ou *association* et intrication, ou, enfin et surtout, *combinaison* et interréaction des mécanismes pathogéniques les

plus variés. Tel malade boira parce qu'il est anxieux et pour noyer son chagrin ; un autre révélera son anxiété constitutionnelle, parce qu'il aura bu. Un autre encore présentera une crise d'anxiété hallucinatoire et confusionnelle, à la suite du surmenage émotif provoqué par un accès de mélancolie intense et prolongée ; un autre enfin manifestera sa constitution anxieuse par sa réaction suicide à un délire paranoïaque.

C'est cet échange, presque constant, de mauvais procédés entre ce qui est acquis et ce qui est congénital ; c'est, — dans la constitution même de l'individu, — la rencontre des tares les plus variées, sous forme d'insuffisances et surtout de *déséquilibres multiples* ; c'est, selon le mot de Garnier, le « cumul hérédo-toxique » de tous ces facteurs qui peut seul permettre, dans bien des cas, de reconstituer, avec une exactitude rigoureuse, la *formule psychopathique* d'un malade et de préciser l'affection mentale dont il est atteint. On aboutit ainsi à la notion d'un *diagnostic essentiellement individuel*, fondé sur l'analyse et le départ des éléments étiologiques, acquis et constitutionnels, sur l'étude chronologique et logique de la filiation et de la subordination des symptômes. Cette méthode de diagnostic conduit le plus souvent l'observateur à dissocier, dans le tableau actuel, les éléments d'un *complexus symptomatique*, variable avec chaque malade, et qui peut s'expliquer, dans son ensemble, par l'une des éventualités suivantes : dans certains cas, *psychoses associées*, comme l'a montré Mas-

selon, un mélancolique, par exemple, pouvant être, en même temps, un persécuté ; dans d'autres faits, *psychoses compliquées*, un anxieux, par exemple, pouvant devenir, à cause du surmenage émotif, un confus ; enfin et surtout, *psychoses* classiques, mais régies et plus ou moins *déformées*, dans leur aspect symptomatique et leur évolution, par les aptitudes morbides de la *constitution psychique individuelle*.

Dans certains cas même, il arrive que l'état psychopathique considéré soit *impossible à classer*, parce qu'il est *intermédiaire* à plusieurs formes morbides, et qu'il participe, à la fois, aux attributs de plusieurs psychoses, sans se confondre, à proprement parler, avec aucune d'entre elles. Un anxieux constitutionnel, timide et méfiant, se persuade, à la suite d'une taquinerie anodine, mais dont il est profondément humilié, que ses camarades d'atelier lui en veulent, l'espionnent et cherchent à lui faire perdre sa place, parce qu'ils sont vendus à une société politique puissante. Ces convictions délirantes, surtout interprétatives, persistent pendant quelques semaines, au milieu des signes, d'ailleurs légers, d'un état d'inquiétude diffuse. Puis l'anxiété se calme, le malade renonce à ses idées, admettant seulement qu'il s'est peut-être passé quelque chose d'anormal, et il reprend son travail comme auparavant. S'agit-il là d'une psychose émotive, d'une psycho-névrose anxieuse, d'un état léger de dépression mélancolique, d'un délire d'interprétation aigu, d'une bouffée délirante des dégénérés ? Chacun de ces diagnostics, qui

exprime sans doute une part de vérité, semble, à certains égards, excessif ou insuffisant : aucun d'eux surtout ne donne une idée exacte et précise de la complexité du tableau clinique. En pareil cas, une cause occasionnelle, le choc émotif, chez un sujet atteint d'une *double prédisposition* anxieuse et paranoïaque, a provoqué l'apparition transitoire d'un *état polypsychopathique*, résultant, non de l'association de plusieurs psychoses, mais de la *rencontre de plusieurs déséquilibres*.

Ici, comme toujours, la notion des aptitudes morbides constitutionnelles, révélées par une occasion appropriée, et réagissant les unes sur les autres, en un *complexus symptomatique individuel*, rend mieux compte de cet épisode délirant que n'importe quelle étiquette nosologique, doctrinale et arbitraire. Imposer à l'infinie variété des tempéraments morbides et de leurs réactions l'uniformité rigide de groupements systématiques, c'est entreprendre une œuvre stérile ; c'est vouloir modifier et déformer, en vue d'un résultat factice, les données de l'observation clinique. Il ne faut pas mutiler la vérité, même pour la faire entrer dans des cadres.

De cette discussion, nous retiendrons donc, en ce qui concerne plus particulièrement l'anxiété, à quel point il est intéressant, pour le diagnostic et le pronostic, d'établir, en quelque sorte, le *bilan des réactions anxieuses*, au cours d'un état psychopathique déterminé ; de fixer l'origine, acquise, congénitale ou mixte, de l'émotivité morbide ; d'en apprécier l'importance, fondamentale ou accessoire, dans le syn-

drome actuel ; et d'en prévoir enfin, d'après l'*ensemble des caractères cliniques individuels*, l'évolution probable et les conséquences éventuelles, d'ordre psychiatrique et médico-légal.

Nous allons envisager maintenant, tour à tour, les différentes variétés de l'anxiété morbide, au cours des principales psychopathies.

CHAPITRE IV

L'ANXIÉTÉ DANS LES PRINCIPAUX ÉTATS PSYCHOPATHIQUES

I. — L'ANXIÉTÉ DANS LES OBSESSIONS.

L'obsession, comme l'indique l'étymologie, est un syndrome essentiellement constitué par un *état de siège* (obsessio, obsidio, siège, investissement) : la conscience personnelle est assiégée, assaillie et tenue en échec par un phénomène psychologique discordant, qui s'impose à elle, malgré elle.

Il en résulte, dans l'intimité de la conscience, un état de *lutte anxieuse,* qui, pour la plupart des auteurs, est l'élément caractéristique et fondamental de l'obsession.

Si l'on ajoute que l'anxiété obsessive est assez rarement *symptomatique* d'une psychose déterminée : folie intermittente, épilepsie, hébéphrénie, etc., mais qu'elle se présente, le plus souvent, comme *essentielle,* c'est-à-dire exprimant un

mode particulier de déséquilibre affectif, d'origine dégénérative, on conçoit quelle étroite affinité, d'ordre étiologique et clinique, rapproche la *constitution obsessive* de la *constitution anxieuse*.

Mais, l'étude symptomatique de l'anxiété obsessive montre que, si elle se manifeste, à certains égards, sous les traits de l'anxiété constitutionnelle, elle en représente cependant une *variété spécialisée* ; elle suppose, à côté du déséquilibre émotif, *d'autres aptitudes morbides constitutionnelles*, intéressant l'intelligence, la volonté et la personnalité toute entière du malade.

L'*idée obsédante*, qu'elle ait pour contenu une phobie, un doute, une impulsion ou une aboulie, comporte, en effet, un ensemble complexe de caractères très précis, qui sont les suivants :

1° Elle est plus ou moins *circonscrite* dans son objet. C'est telle crainte, tel doute, telle impulsion, bien définis. Les idées obsédantes sont assez nettement individualisées pour qu'on ait pu baptiser chacune d'elles d'un *nom propre* ; et le jardin des racines grecques refleurit tout entier dans la nomenclature des obsessions.

L'obsession, c'est de l'anxiété localisée et circonstanciée ; c'est une forme de monoidéisme émotif. Il va sans dire que si chaque obsession représente comme un *point psychique* douloureux, cette localisation précise des préoccupations obsédantes n'exclut pas leur multiplicité.

2° Elle est plus ou moins *durable* et *tenace* dans son évolution. Non seulement l'idée obsédante provoque, par son intrusion dans l'esprit, la réaction anxieuse, mais elle l'y entretient par sa persistance ; comparable à l'assiégeant qui harcèle l'ennemi de ses assauts multipliés, elle revient sans cesse à la charge ; elle est récidivante, acharnée, obstinée. « Je renouvelle la fable du Lion et du Moucheron », disait un de nos malades. L'anxiété obsessive est une douleur à la fois continue et lancinante. Selon l'image si éloquente qui a présidé à l'étymologie du mot scrupule, l'anxiété de l'obsession est pareille au petit caillou (scrupulus), logé à demeure dans la chaussure, et qui blesse, à chaque pas, le pied du marcheur.

En résumé, l'émotivité, dans l'obsession, s'est non seulement objectivée et intellectualisée, mais encore *fixée et systématisée* autour d'une image ou d'une idée, qui reparaît sans trêve et qui dure.

3° Elle est plus ou moins *irrésistible*. Elle s'impose au sujet, malgré lui ; non pas, à la vérité, qu'elle réussisse toujours à dominer la résistance anxieuse et à se réaliser sous forme de croyance ou d'action ; mais elle tient en échec la personnalité consciente, qui ne peut s'en débarrasser, ni faire cesser la lutte aussi bien par le triomphe que par la défaite. Si le phénomène psychologique rebelle s'impose irrésistiblement, dans l'obsession, c'est beaucoup plus comme un assiégeant que comme un vainqueur.

L'anxiété obsessive suppose donc une *insuffisance relative de la volonté*, incapable de repousser, malgré son effort, l'idée angoissante.

4° Elle est *parasitaire* et plus ou moins *discordante* avec la personnalité du malade. En même temps qu'elle s'impose à son activité automatique, elle *s'oppose* à sa conscience normale ; elle est contraire à l'ensemble de ses idées et de ses désirs. L'obsédé juge, *dans une certaine mesure*, la phobie ridicule, le doute inopportun et l'impulsion mauvaise. Il découvre en lui, malgré lui, des idées et des tendances qui ne sont pas les siennes et qu'il désavoue ; il subit l'obsession comme une suggestion étrangère, comme la pression morale d'un inconnu, qui vivrait en parasite et ennemi dans sa propre conscience.

Bref, l'anxiété obsessive comporte toujours, au moins à l'état d'ébauche, un *dédoublement du moi*, un trouble, plus ou moins net et profond, de la *personnalité psychique*.

5° Elle est *consciente*. Et c'est là peut-être la nuance la plus intéressante et, en quelque sorte, la plus originale de l'anxiété obsédante. Elle est consciente, et ceci ne signifie pas seulement qu'elle a pour contenu un état de conscience, que l'individu se rend compte qu'il éprouve cet état de conscience, enfin et surtout, que, le sachant, il *s'en affecte* et s'efforce d'y porter remède ; la conscience de l'obsédé présente une nuance encore plus précise ; elle est, pourrait-on dire, d'ordre psychiatrique ; le sujet a le sens du *caractère*

psychopathique de l'idée obsédante. Il y reconnaît une manifestation de déséquilibre émotif et volontaire. Il se sent incapable de gouverner ses idées et ses actes : il a perdu la direction de sa pensée et la *maîtrise de soi*, le « self government » des psychologues anglais. Et, dès lors, le désordre psychique, dont il a constaté en lui l'existence, lui fait redouter l'avènement définitif de l'anarchie mentale : presque constamment, l'*obsédé craint de « tomber fou »*.

La nuance spécifique de l'anxiété obsessive réside donc en ceci qu'elle comporte, à un remarquable degré, *le sens du pathologique*, et, plus précisément, le *sens du trouble mental* dont l'individu est atteint. Elle se ramène, en son fond, à la *conscience douloureuse* que l'anxieux constitutionnel éprouve de *sa propre déséquilibration psychique*.



Chacun des traits distinctifs qui spécifient l'anxiété obsessive est sans doute bien important et caractéristique, car il n'est pas un seul d'entre eux qui n'ait été, à son tour, considéré par quelque auteur comme l'élément essentiel de l'obsession.

1° Idée *circonscrite et localisée*, le phénomène obsédant a été d'abord décrit par Esquirol sous le titre de *Monomanie*, instinctive ou impulsive, selon qu'il s'agissait de phobies ou d'impulsions : notion juste, qui prêtait cependant à l'ambi-

guïté et devait être complétée par cette autre notion que, sur le fonds commun de l'état mental obsédant, les monomanies se succèdent et s'associent en nombre plus ou moins considérable et qu'elles ne représentent, chacune pour son compte, que les *manifestations spécialisées de l'anxiété diffuse*.

2° Idée *tenace et systématique*, le phénomène obsédant a été confondu par beaucoup d'auteurs avec l'*idée fixe* ; les Italiens la désignent sous le nom d'*idee fisse* ; d'autres auteurs y ont vu l'ébauche d'un délire, l'expression d'une disposition constitutionnelle, d'ailleurs peu accusée, à l'erreur systématique : c'est la théorie de la *paranoïa rudimentaire*, développée par Arndt ; cette conception répond, elle aussi, à une part de vérité, surtout dans l'interprétation de certaines obsessions interrogatives et raisonnantes, dont la folie du doute, souvent si étroitement apparentée au délire, est le type le plus accompli.

3° Idée *impérieuse et irrésistible*, l'obsession suppose, par conséquent, pour s'installer, se développer et se maintenir, une *insuffisance relative de la volonté* : pour Arnaud, c'est en effet, l'*aboulie* constitutionnelle qui est le facteur capital de l'obsession. Et l'analyse qu'il a donnée de ces troubles de la volonté, dans l'état obsédant, est d'une justesse clinique remarquable. De même, P. Janet considère l'obsession comme une manifestation de la psychasthénie, état morbide particulier, dont tous les symptômes sont l'expression de *l'insuffisance de la synthèse mentale*, comme si la plupart des

affections psychiques ne supposaient pas comme condition commune et banale cette faiblesse de la synthèse mentale.

4° Idée *discordante*, et comportant un *dédoublement du moi*, au moins à l'état d'ébauche, le phénomène obsédant peut être considéré, à certains égards, comme un *trouble de la personnalité*, qui se divise en deux portions adverses et antagonistes. Le *conflit* entre les éléments dissociés de la personnalité consciente : voilà quel était, pour Binet, le facteur pathogénique essentiel de l'état mental obsédant. Cet auteur ne faisait, en cela, que reprendre et développer les idées contenues dans les admirables leçons de Séglas sur les troubles de la conscience et de la personnalité dans l'obsession.

5° Enfin, l'idée obsédante, phénomène morbide *conscient*, apprécié par le sujet dans son caractère pathologique et combattu comme tel, avait été considérée par Trélat comme une forme de cette affection particulière qu'il décrivait sous le nom de *Folie lucide*.

Mais il est un caractère qu'aucun auteur n'a méconnu, c'est l'importance de l'*anxiété*. Pour la plupart des aliénistes, et notamment pour MM. Pitres et Régis, dans leur livre classique sur les obsessions, c'est l'émotivité anxieuse qui est la cause première du syndrome obsessif.

Il nous paraît incontestable, en effet, que tous les obsédés, à l'exception seulement de certains douteurs qui sont, en réalité, moins des obsédés que des paranoïaques, présentent la plupart des stigmates caractéristiques de la constitution

émotive de Dupré. Comme l'anxiété constitutionnelle, l'anxiété des obsédés se montre, dans ses conditions organiques et psycho-réflexes, plus ou moins diffuse et permanente; elle dépasse largement, par ses origines et sa durée, la symptomatologie des obsessions qu'elle fait éclore. Il n'est pas rare que l'accès obsédant soit annoncé, dans les jours ou les heures qui précèdent son apparition, par un état vague de malaise et d'inquiétude, que l'idée obsédante vient ensuite préciser. Comme l'anxiété constitutionnelle, l'anxiété obsessive présente des exacerbations surtout nocturnes et matinales, et son évolution, dans son ensemble, est continue et paroxystique ; au cours de ces exacerbations, elle se manifeste, comme l'anxiété constitutionnelle, sous forme de *crise émotive aiguë*, sorte de décharge nerveuse, avec soulagement consécutif, ou sous forme de *recrudescence plus ou moins prolongée*, équivalent obsessif de la psychose anxieuse. Enfin, d'une manière très générale, les oscillations de l'état obsédant sont parallèles aux variations, spontanées ou provoquées, de l'émotivité constitutionnelle.

Mais l'anxiété obsédante a ceci de particulier qu'elle met en jeu, et d'une manière durable, des prédispositions psychopathiques multiples, intéressant l'intelligence, la volonté et la personnalité consciente. Ce n'est plus un trouble simple, mais un *syndrome complexe*, une forme aggravée, une complication de l'anxiété constitutionnelle, par suite de la rencontre et du croisement, chez le même individu, de désé-

quilibres variés ; et c'est dans la forme et le degré de ces déséquilibres, associés à la constitution anxieuse et sensibilisés par elle (disposition paranoïaque, aboulie, faiblesse de la synthèse mentale, etc.), qu'il faut chercher souvent le secret de l'évolution des obsessions (chronicité, passage éventuel au délire, entrave, plus ou moins complète, apportée à l'activité pratique du malade).

Pour clore ce chapitre de l'anxiété obsessive, nous pouvons donc admettre, un peu schématiquement, que l'observation clinique permet de dissocier, dans le syndrome obsessif, *deux sortes d'anxiétés* :

1° Une *anxiété vague*, crainte du malheur indéterminé, état phobique et surtout pantophobique, simple préoccupation qui ne se fixe pas sur des idées nettement définies et tenaces et qui ne suppose pas de dissociation intra-psychique, avec lutte douloureuse. Le sujet place la cause de son malheur partout et nulle part, dans le monde extérieur comme en lui-même, et surtout dans son malaise cénesthésique, dans son angoisse. C'est l'*anxiété banale* de la *constitution émotive*.

2° Une *anxiété précise*, qui se réfère à telle crainte, tel doute, telle impulsion, telle aboulie, et qui entraîne un mode particulier de réaction anxieuse, dont le malade place la cause en lui-même, dans son esprit, dans le *fonctionnement de sa pensée et de sa volonté*. Sa préoccupation est la suivante : « Vais-je craindre tel objet, que je sais inoffensif ?

Vais-je croire ceci que je sais absurde ? Vais-je faire ceci que je sais ridicule ou coupable ? Vais-je ne plus rester maître d'états de conscience qui, chez l'homme bien portant, sont soumis au pouvoir de la volonté, et contre lesquels j'ai le devoir de lutter ? » C'est cet effort impuissant et douloureux de la conscience raisonnable pour combattre et réduire l'automatisme rebelle, c'est, selon l'expression d'un de nos malades, ce « supplice d'écartèlement moral » qui représente l'*anxiété spécifique de l'obsession*.



Les moyens de défense de l'anxiété obsessive. — L'obsédé, en sa qualité d'anxieux constitutionnel, emploie, d'une façon générale, les moyens de défense que nous avons décrits à propos de la psychose anxieuse. Cependant les *moyens de défense de l'obsédé* présentent certains caractères qui leur sont propres.

1° N'étant plus seulement destinés à calmer un malaise vague et pantophobique, ils sont beaucoup plus *précis* et plus appropriés à telle ou telle idée bien définie. Ils consistent en précautions et vérifications plus ou moins topiques, pour prévenir le danger ou lever le doute, en manœuvres de réparation, d'absolution et d'expiation, pour corriger la réalité ou la simple possibilité du malheur passé ; en pratiques superstitieuses de toute sorte, invocation de tel ou tel

saint, formules magiques et cabalistiques, port de tel fétiche et de tel talisman, manœuvres de conjuration plus ou moins symboliques, etc.

2° Ces moyens sont eux-mêmes, très souvent, plus ou moins *obsédants*. Le sujet est tenu, contraint par son anxiété, et malgré sa résistance, d'adopter certaines mesures ridicules de préservation, par exemple de ne sortir dans la rue que muni de guêtres par peur des chiens enragés, et de répéter, à haute voix : « Dieu existe », ou : « Tu ne tueras pas », pour combattre son doute métaphysique ou son impulsion homicide. Le lavage des mains, dans la folie du doute avec délire du toucher, est le type de ces procédés de défense, devenus à leur tour tyranniques et plus ou moins obsédants. Le public et beaucoup de médecins ont l'habitude de confondre ces manœuvres avec de simples *tics*. Ce sont, en réalité, des *stéréotypies de défense*. Ils constituent souvent, au cours du syndrome obsessif, une complication véritable, et non des moindres, par la gravité de leurs conséquences pratiques, par l'accaparement progressif de l'activité du sujet, tout entier dominé par son automatisme anxieux et réduit à l'état de pantin ridicule, encombrant et misérable.

3° Enfin, ces moyens de défense sont souvent d'ordre *médical et psychiatrique*. Ces malades demandent à être soignés, à être isolés, et même à être internés. Ce sont presque les seuls clients spontanés de l'aliéniste. La plupart du temps, d'ailleurs, ils s'adressent au neurologiste plutôt qu'au psychiatre,

en vertu de cette espèce de fausse pudeur et d'euphémisme qui les induisent, comme tout le reste des profanes et la majorité des médecins, à remplacer le terme exact, mais mal sonnant, de *maladie mentale*, par celui, plus vague et plus anodin, de *maladie nerveuse*.

∴

Diagnostic de l'anxiété obsessive. — Le *diagnostic* différentiel le plus intéressant et le plus délicat, — un des plus malaisés de la médecine mentale, — est celui d'*obsession* et de *mélancolie* simple, et, plus particulièrement, de *mélancolie anxieuse*. En pareil cas, le problème se complique de ce fait que l'obsession présente une certaine *tendance à évoluer vers la dépression mélancolique* vraie, *surtout anxieuse*.

a) Les *obsessions abouliques* sont à distinguer de la *dépression mélancolique simple avec conscience*. La différence capitale est la suivante : au cours de l'accès mélancolique, les symptômes d'inaction et de dépression anxieuse sont *continus, persistants, généralisés*, tandis que l'obsession aboulique, avec son cortège de réactions anxieuses, est un syndrome *rémittent, paroxystique* et *limité* à un certain groupe de préoccupations.

b) Mais l'obsession, surtout lorsqu'elle aboutit à l'*état de mal obsédant*, cesse de se présenter comme une disposition morbide partielle et rémittente. Elle s'accompagne de douleur morale intense, continue et généralisée, paralysant plus

ou moins complètement l'activité psychique, avec doute, insécurité, agitation, pleurs, gémissements ; la préoccupation obsédante, circonscrite et limitée, aboutit, lorsqu'elle passe au délire, à l'affirmation d'idées pénibles, fixes et monotones, rappelant les doléances stéréotypées et l'interminable litanie du mélancolique (idées d'hypocondrie ou d'auto-accusation, avec ou sans hallucinations) ; autrement dit, l'obsession reproduit alors, trait pour trait, le tableau de la *mélancolie anxieuse*. Aussi, faut-il, en pareil cas, se régler sur l'anamnèse, le mode de développement de l'état dépressif, et surtout *attendre*, pour se prononcer, l'évolution et la *diminution de l'anxiété*. C'est alors, après apaisement de la *douleur morale diffuse et paroxystique*, complication transitoire de l'obsession, qu'il sera possible de découvrir le *point psychique douloureux invétéré*, la préoccupation obsédante caractéristique, accompagnée de lutte et de doute anxieux, et sans lien nécessaire avec un état de dépression continue et généralisée.

Ajoutons enfin, dans ce chapitre du diagnostic différentiel de l'anxiété obsessive, que l'on observe fréquemment, chez les émotifs constitutionnels, des *préoccupations* morbides plus ou moins durables ou paroxystiques, qui ne sont nullement de nature obsédante ni mélancolique. Il y a beaucoup de phobies qui ne sont pas obsédantes : pour ne citer qu'un exemple, la folie des anti-vivisectionnistes constitue bien un état émotif spécialisé, mais n'offre en rien le caractère dis-

cordant de l'obsession. Il y a des *émotions fixes*, comme il y a des idées fixes. Elles sont voisines de la passion, qui représente un ensemble, plus ou moins vaste et systématique, de sentiments et d'émotions. Ce trouble affectif est susceptible, surtout chez les paranoiaques et les débiles, à la suite d'un choc émotif ou d'un paroxysme anxieux spontané, de passer au *délire* (idées d'hypocondrie, de jalousie, de persécution, etc.). L'évolution du délire est alors strictement subordonnée à celle de l'anxiété sous-jacente : il s'agit, au sens rigoureux du mot, d'un *délire émotif*, chez un anxieux constitutionnel.



La théorie de Freud sur les obsessions. — On ne peut terminer l'étude de l'anxiété obsessive sans faire une brève allusion à la doctrine de Freud.

Dans la pensée de Freud, les obsessions, disent MM. Régis et Hesnard, « ont plus d'un rapport avec l'angoisse. Leur base est émotive et l'état émotif reste le même bien que l'idée caractéristique de l'obsession puisse changer.

« L'idée causale, la plupart du temps multiple, correspondait à des impressions pénibles de la vie érotique antérieure que le sujet s'est efforcé d'oublier et de refouler. Cette sorte de défense (Abwehr) de la personnalité, dont le malade ne se rend pas compte, a seulement abouti à remplacer l'idée irréconciable par une autre idée mal appropriée à l'état émotif qui, lui, est resté le même : d'où le caractère absurde, souvent extrême, mais par là même symbolique, de l'obsession. »

L'état émotif « est la suite *légitime* de manifestations infantiles de la libido, survenues généralement chez des sujets sexuellement précoces, et remarquables par leur intensité et leur qualité inquiétante : il s'agit, la plupart du temps, d'affections et de haines parentales. Reproches à la suite de la manifestation de tendances infantiles inquiétantes, aboutissant, en fin de compte, à la substitution d'un système d'idées

absurdes à ces reproches : telle est la formule de l'obsession ».

Bref, « toutes les manifestations de l'automatisme psychologique des obsédés…, qu'elles soient ou non teintées d'un revêtement affectif qui les rend plus ou moins méconnaissables (honte, hypocondrie, angoisse sociale, etc.), sont des conséquences psychiques du refoulement érotique chez des scrupuleux légitimes ».

« La *honte de soi* n'est qu'une peur de laisser reconnaître par les autres son insuffisance ou ses désordres sexuels. L'*hypocondrie* est la crainte de leurs suites physiques ; l'*angoisse sociale,* la crainte de leur punition sociale. »

En résumé, Freud a refait pour l'*amour* sexuel, et en invoquant un mécanisme analogue de *transfert* et de *refoulement*, ce que La Rochefoucauld avait déjà fait pour l'amour-propre : mais, tandis que l'*amour-propre,* par bienséance ou calcul, prenait le masque de prétendues vertus, qui n'avaient de réalité que par lui, l'*amour sexuel*, par une sorte de pudeur instinctive et au nom de la « censure » individuelle et sociale, dissimule ses aberrations sous le couvert de troubles psychopathiques : il se transforme en *maladies mentales*, qui n'ont, elles aussi, de réalité que par lui et qui ne sont que ses multiples métamorphoses.

Nous savons déjà que, dans la *psycho-névrose d'angoisse,* l'anxiété, vague et sans objet, représentait le transfert et le refoulement, sous forme d'émotivité morbide, de tendances génitales non satisfaites ; dans l'*obsession*, l'idée particulière

sur laquelle se polarise l'anxiété pathologique représente le transfert et le refoulement d'un *traumatisme psycho-sexuel,* remontant, le plus souvent *à l'enfance,* c'est-à-dire à l'âge physiologique des perversions sexuelles, au stade initial où la fonction apparaît, à certains égards, comme monstrueuse, parce qu'elle est encore embryonnaire.

En dernière analyse, l'anxiété obsessive est donc considérée par Freud comme *secondaire et symptomatique.* Elle est *acquise* et *non constitutionnelle.*

On guérissait la psychose d'angoisse par la « pratique normale de la sexualité ». Pour guérir l'obsession, il suffira de « découvrir le traumatisme psycho-sexuel initial », de lui arracher son masque, qui est celui d'une maladie, pour lui restituer sa véritable nature, qui est celle d'un vice ; cette perversion génitale est d'ailleurs elle-même très ancienne et, le plus souvent, depuis longtemps corrigée.

Pour reconstituer le traumatisme psycho-sexuel initial, Freud a imaginé une méthode nouvelle d'investigation, qui se trouve être, du même coup, la meilleure des méthodes thérapeutiques. C'est la *psycho-analyse.*

Cette méthode comporte trois procédés de recherche essentiels : 1° L'étude des *associations d'idées*, soit spontanées, soit provoquées, aboutissant à la reviviscence des souvenirs de la vie récente ou ancienne, surtout infantile ; 2° L'anamnèse et le commentaire des *rêves* ; 3° L'observation et l'interprétation des *menus faits,* plus ou moins inconscients,

de la vie journalière (attitudes, gestes et paroles automatiques).

Nous ne pouvons entreprendre ici une critique approfondie de la doctrine de Freud. Nous indiquerons seulement combien la psycho-analyse nous paraît être un instrument de recherche difficile à manier.

Faire appel aux souvenirs anciens, les plus lointains, pour la plupart oubliés depuis longtemps, et, en outre, déformés par le procédé du refoulement ; laisser aller la fantaisie du sujet à l'aventure sous prétexte d'étudier les associations spontanées, ou mettre en jeu sa suggestibilité, en intervenant pour rechercher les associations provoquées : s'en rapporter au récit des rêves, dont l'anamnèse et le commentaire sont toujours si délicats, si incertains et si fallacieux ; interpréter enfin des états d'automatisme subconscient et de distraction, n'est-ce pas accumuler, comme à plaisir, toutes les *causes d'infidélité du témoignage*, et *transformer précisément en moyens d'investigation les éléments d'erreur les plus habituels de la recherche scientifique* : amnésie et fabulation, suggestibilité, onirisme, subconscience et distraction ?

Ajoutons enfin que Freud, dans sa recherche du traumatisme causal, *s'arrête* au moment précis où le sujet, à l'occasion d'un souvenir ou d'une association d'idées, s'émeut, donne des signes de trouble et de confusion, et, par une sorte d' « explosion affective », « révèle clairement au médecin qu'il touche alors au nœud de la question », au

« problème vital ». N'est-ce pas se condamner, de parti pris, à ne suspendre l'analyse psychologique et à ne la tenir pour définitive qu'au moment où la conversation, devenue plus intime, aura suscité quelque association d'idées ou quelque souvenir scabreux, *peut-être forfaits*, mais bien faits pour alarmer la pudeur et porter au comble les susceptibilités émotives d'un anxieux constitutionnel ? On soupçonne dès lors pourquoi l'émotion causale invoquée par Freud est toujours un traumatisme psycho-sexuel.

Il est à craindre que le système de Freud tout entier ne soit, pour ainsi dire, *contenu à l'avance,* sous forme d'idée préconçue, dans l'instrument même de recherche psychologique inventé pour établir et démontrer la doctrine, et qu'il ne soit la création factice de cette psycho-analyse qu'on nous représente à la fois comme la condition première et la conséquence inévitable du Freudisme. On trouve dans les faits ce qu'on y cherche, et, plus facilement encore, ce qu'on y introduit. Et c'est peut-être ici le cas de rappeler la souris de la fable, qu'un astronome croyait avoir découverte dans un astre, et qui n'était que dans sa lunette.

Il n'en reste pas moins exact que les anomalies de la vie sexuelle peuvent intervenir très fréquemment, et d'une manière prédominante, mais non exclusive, dans le déterminisme occasionnel de l'idée obsédante. Avoir la phobie de la rage, parce qu'on a été mordu par un chien, récemment ou dans son enfance, c'est là une réaction que seul l'esprit de

système pourra mettre au compte de l'instinct de reproduction et non de l'instinct de conservation. Mais que les *perversions génitales* aient tendance à s'extérioriser sous la forme *d'obssessions génitales*, surtout à la suite de certains *traumatismes affectifs*, sur lesquels, bien avant Freud, avait insisté Paul Garnier, c'est une vérité clinique incontestable. Il arrive aussi qu'une obsession, *en apparence étrangère à la génitalité*, soit cependant l'*expression*, en quelque sorte *déguisée*, de perversions sexuelles par ailleurs plus ou moins latentes : nous avons eu l'occasion d'observer, par exemple, que, chez quelques sujets, l'obsession homicide apparaît comme une manifestation larvée du sadisme, de même que la kleptomanie peut constituer, dans certains cas, une modalité particulière du fétichisme ou du sadi-fétichisme. Dans ces faits, il s'agit moins, en réalité, d'un refoulement que de la rencontre, chez le même sujet, de deux ordres de déséquilibres, perversion génitale et constitution anxieuse, qui se sensibilisent l'une l'autre.

Plus généralement encore, même en admettant, pour expliquer la genèse des obsessions, la doctrine du refoulement d'anomalies sexuelles contemporaines de l'enfance, comment concevoir que, chez *tel individu plutôt que tel autre*, l'état mental obsessif soit la conséquence de ces anomalies extrêmement fréquentes, et si communes que Freud, avec grande raison, les considère comme des phénomènes habituels et *physiologiques*, avant l'âge de la puberté ? Si, chez

certains sujets plutôt que certains autres, une occasion aussi banale qu'une tendance à la masturbation, à l'inversion sexuelle fruste et passagère ou à l'inceste subconscient, sous forme de prédilection de la fille pour le père et du garçon pour la mère, ont pour effet de provoquer, tardivement, dans la jeunesse et à l'âge adulte, des manifestations anxieuses si intenses, si prolongées et si spéciales, ne peut-on pas dire que l'anomalie première réside, non dans la sexualité, mais dans la *réaction émotive elle-même* ? Si, chez de tels sujets, la pudeur fait tant de façons et se scandalise si fort, et à si longue échéance, des perturbations éphémères de la vie psycho-sexuelle, n'est-ce pas parce qu'ils sont, avant tout et dès leur naissance, des *scrupuleux,* c'est-à-dire des *anxieux constitutionnels* ?



Les *perversions instinctives* peuvent être *obsédantes* et déterminer, dans la conscience, une lutte anxieuse, lorsque l'individu, résolu à combattre la tendance qu'il juge coupable et maladive, s'aperçoit que son automatisme psychologique est plus fort que sa volonté et qu'il va succomber à l'impulsion mauvaise. Cette notion est vraie, dans une certaine mesure, des *perversions génitales*, que le sujet réprouve, d'ordinaire, à la fois comme un vice et comme une tare pathologique. Mais, dans beaucoup de cas, la perversion instinctive s'exerce avec le plein consentement du sujet, dont la volonté, sur un terrain de débilité morale profonde, n'entre pas en lutte avec le penchant morbide, et, souvent même, s'y associe. Enfin, dans d'autres circonstances, les perversions instinctives et notamment les perversions sexuelles donnent naissance moins à un état d'obsession proprement dite que de *tentation anxieuse* : le sujet craint l'opinion publique ou la répression légale, et, souvent aussi, le remords : il préférerait ne pas céder à son penchant qu'il considère, non comme une maladie, mais comme une *passion*, susceptible d'entraîner, pour son honneur et sa sécurité, des résultats fâcheux. Mais cette passion n'est pas, comme l'obsession, essentiellement discordante avec la personnalité du sujet ; elle possède, dans la conscience, des

attaches profondes, l'organisation solide et durable d'un *sentiment* puissant ; elle ne présente pas le caractère aberrant et parcellaire de l'*émotion* obsessive. L'acte mauvais apparaît au sujet comme *agréable*, en même temps que répréhensible ; l'anxiété du pervers, c'est l'*anxiété morale* de la lutte contre un *vice*, beaucoup plus que l'angoisse morbide et la dissociation intra-psychique de l'obsédé véritable, qui se sent poussé à *commettre un acte coupable, non parce qu'il le désire, mais surtout parce qu'il le redoute*. En réalité, la plupart des *perversions génitales*, décrites classiquement au chapitre des impulsions obsédantes, ne sont 1° souvent pas impulsives, 2° souvent pas obsédantes ; elles sont assez fréquemment, au contraire, délibérées et consenties, et plus voisines, par l'anxiété qu'elles provoquent, de la tentation, au sens moral et religieux du mot, que de l'état obsédant proprement dit.

L'ANXIÉTÉ MÉLANCOLIQUE

L'anxiété mélancolique exprime un mode particulier de déséquilibration émotive. Elle présente, en effet, des attributs évolutifs et symptomatiques bien définis :

1° C'est une anxiété *intermittente*. Les mélancoliques ne sont pas, en règle générale, des anxieux chroniques ; leur émotivité douloureuse n'est pas continue avec paroxysmes ; elle apparaît par *périodes*, à retours plus ou moins irréguliers, et, dans l'intervalle de ces accès, l'état mental du sujet peut revêtir les modalités affectives les plus variables.

2° Cette anxiété mélancolique présente un second caractère, très important : c'est son *alternance ordinaire avec les états d'excitation maniaque*.

Cette aptitude particulière aux oscillations de l'humeur, entre deux ordres opposés de manifestations émotives, a été isolée par certains auteurs sous le nom de *constitution cyclothymique* (de κύκλος, cercle et θύμος, affectivité). Les degrés

de cette constitution et son mode d'expression sont d'ailleurs variables :

a) Certains malades ne réalisent guère leur prédisposition à la psychose intermittente que sous forme d'*accès atténués*, mais d'ordinaire assez fréquents : c'est sur l'existence de cette variété clinique particulière que Hecker, créateur du mot cyclothymie, a très justement insisté, après d'autres auteurs, et notamment à la suite des deux Falret, dont les admirables travaux sur la folie circulaire avaient bien mis en relief ce point de séméiologie.

b) Chez d'autres malades, la constitution cyclothymique se révèle d'une manière à peu près permanente par des symptômes de déséquilibration émotive à double forme, avec ou sans intercurrence de grands accès de manie ou de mélancolie. Chez ces malades, la disposition à la manie ou à la mélancolie aboutit donc à un *état morbide continu avec paroxysmes*. Il s'agit véritablement d'une constitution morbide, cliniquement vérifiable, d'un déséquilibre psychique à stigmates objectifs permanents. Cette constitution s'observe surtout chez certains intermittents, dont les accès sont fréquents, et qui ont, en effet, toute leur vie, même dans l'intervalle des paroxysmes, donné les signes d'une déséquilibration psychique en quelque sorte bipolaire, d'aspect tour à tour maniaque et mélancolique. Ces sujets présentent souvent les attributs les plus nets de la constitution émotive, dont la cyclothymie peut être alors considérée comme une

variété spéciale. Deny a insisté sur la fréquence habituelle de ces oscillations de l'humeur chez les intermittents et c'est lui surtout qui a contribué à donner au terme de cyclothymie le sens de constitution affective, à variations cycliques, maniaco-mélancoliques.

c) Enfin, par une application encore plus extensive du mot cyclothymie, on a pu l'employer pour désigner la simple *aptitude héréditaire* à l'éclosion d'accès maniaques ou mélancoliques, plus ou moins rares et parfois même isolés, sans que l'examen du sujet, en dehors des paroxysmes, permette toujours de découvrir des signes manifestes de déséquilibration affective maniaco-mélancolique, ou même simplement de constitution émotive.

Chez ces malades, d'ailleurs, l'accès de mélancolie éclate souvent à la suite d'un maximum de choc émotif, comme dans la « *mélancolie affective* » des anciens auteurs ; ou encore, à l'occasion d'une étape solennelle de l'évolution psychophysique, par exemple au moment de l'âge critique, comme dans la « *mélancolie d'involution* », selon l'étiquette nosologique adoptée par Kraepelin, avant la thèse de son élève Dreyfus ; celui-ci a rattaché, depuis lors, à la psychose maniaque-dépressive la mélancolie d'involution, au nom des récidives fréquentes, et d'ailleurs classiques, de cette affection.

Dans ces différents ordres de faits, en l'absence d'éléments maniaques ou mélancoliques cliniquement appréciables dans

l'intervalle des accès, nous préférons, pour notre part, ne plus parler de constitution cyclothymique, mais seulement, s'il y a lieu, de simple *prédisposition* héréditaire aux réactions cyclothymiques.

3° Enfin, le dernier caractère qui spécifie l'anxiété mélancolique, c'est sa *nuance affective particulière*, que nous allons maintenant définir.

L'anxiété mélancolique représente la traduction, dans la conscience, de la *dépression généralisée* de l'activité psycho-physique ; elle exprime l'*inhibition* essentielle et primitive de la tendance à être, à persévérer et à se développer dans son être, qui est le ressort même de la vie.

Cette anxiété revêt des formes particulières et une intensité variable.

Chez certains sujets, surtout chez les intermittents dont les accès dépressifs sont courts et fréquents, et, notamment, chez les malades jeunes, on voit, comme y insistait déjà Falret père, l'*asthénie* psychique et physique dominer la scène morbide : la dépression intellectuelle et motrice l'emporte alors sur la dépression affective pénible. Ces malades sont des apathiques, des inertes, qui restent immobiles sur leur chaise ou dans leur lit, avec un minimum de douleur morale ; leur anxiété apparaît, d'ailleurs, surtout sous forme réactionnelle, le malade s'inquiétant et s'irritant de son incapacité à penser et à se mouvoir. Ces sujets éprouvent, bien plus que de l'anxiété vraie, de l'*ennui*, c'est-à-dire cette

sensation particulière de vide et d'inoccupation psychiques dont Le Savoureux[1], dans un travail récent, a si judicieusement analysé les caractères cliniques.

Même dans les cas les plus ordinaires de dépression mélancolique, où *la douleur morale domine le tableau clinique*, l'anxiété reste, en général, surtout *intérieure* ; elle est, en quelque sorte, *inhibée* comme le reste de l'activité mentale. Équivalent, dans la sphère affective, de l'arrêt des idées et du mouvement dans l'ordre intellectuel et volontaire, la tristesse mélancolique se développe sur un fond d'abattement, de prostration et d'anéantissement, pouvant aller jusqu'à la stupeur; il entre, dans cette affliction désolée, plus d'accablement, de renoncement et de morne désespoir que d'impatience, d'exaspération et de révolte anxieuse.

Beaucoup de ces sujets se plaignent de ne plus pouvoir être émus. Ils affirment que la mort de leurs amis et de leurs proches les laisserait indifférents. Cette espèce d'*anesthésie affective douloureuse* ou plutôt cette *idée fixe d'inaffectivité* s'accompagne souvent d'une inhibition remarquable des *manifestations sécrétoires* de l'émotivité : le malade ne peut pas pleurer. Il se sent l'œil sec et le cœur aride. Et le mélancolique, en se lamentant, répète que, dans sa douleur, il n'a même plus droit, comme les autres hommes, au soulagement par les larmes.

A cette anesthésie affective alléguée, expression d'un

1. Le Savoureux, *Le Spleen*. Thèse, Paris, 1913.

trouble cénesthésique profond et d'une idée de négation à l'état d'ébauche, s'associe souvent une anesthésie sensitive plus ou moins complète qui permet à ces malades de pratiquer sur eux, sans paraître en souffrir, les plus atroces mutilations.

La grande réaction anxieuse, avec agitation psychique et motrice généralisée, se montre surtout pendant les paroxysmes de l'accès mélancolique, dans des *raptus anxieux*, au cours desquels le malade peut se livrer à des actes violents et plus particulièrement à des *tentatives de suicide*, dont son aboulie le rendait incapable auparavant.

On observe, également, surtout chez les vieillards, des formes cliniques où l'anxiété aboutit à des manifestations extérieures très vives et presque continuelles, avec pleurs, lamentations, cris, trépignements [1], gesticulation désordonnée, récriminations, besoin de déplacement, fugues, excitation intellectuelle, d'ordre interprétatif et imaginatif, etc., pouvant masquer plus ou moins complètement le fond permanent de dépression psychique. C'est à cette forme particulière que les auteurs classiques réservent le nom de *mélancolie anxieuse*.

En règle générale, si réelle et si profonde que puisse être l'anxiété du mélancolique, le processus foncier d'inhibition,

1. Le trépignement, l'exaspération, et, pour employer le mot dont se servent souvent les malades, l'*énervement* peuvent, surtout chez le vieillard, dominer la scène clinique. L'inquiétude physique, au sens étymologique (*in, quies*), l'emporte alors sur l'inquiétude psychique. Et, dans l'ordre des manifestations physiques, le spasme des muscles profonds, l'angoisse, est remplacé par l'agitation de la musculature périphérique, l'énervement. C'est la *melancolia errabunda* de Schule.

qui est à l'origine de la douleur mélancolique, imprime à cette anxiété des caractères spéciaux, que Séglas a tracés, d'une manière définitive, dans ses Leçons cliniques.

1° L'anxiété mélancolique est, dans son expression, *fixe et monotone* : « Le mélancolique tourne toujours dans le même cercle de lamentations monotones, qu'il répète incessamment, parfois avec les mêmes formules. Il y a un abîme entre ce refrain, cette litanie fixe et monotone du mélancolique et le roman du persécuté » (Séglas).

2° Cette tristesse est *passive et résignée*. Le mélancolique souffre et il est dominé par sa douleur morale, essentiellement inhibitrice. C'est elle qui semble lui imposer son délire secondaire, pauvre et mal systématisé. C'est elle qui le paralyse dans ses réactions, l'empêche de se défendre, de perdre patience et de se révolter contre son propre supplice.

3° Enfin cette douleur morale apparaît, dans son origine et son développement, comme une manifestation psychique à *caractère divergent et à rayonnement centrifuge*.

L'obsédé plaçait la cause de son inadaptation dans une idée qu'il ne pouvait réduire et qui s'imposait à lui, malgré lui : il ne se sentait atteint que sur un point de sa personnalité morale et il s'imposait le devoir de lutter pour maintenir son harmonie psychique compromise. L'anxiété du mélancolique est *foncière et généralisée*. C'est dans son être tout entier, dans son *inadaptation vitale*, dans sa constitution psychique et physique, c'est dans son existence

même qu'il place la source de ses maux : elle est dans cette impuissance douloureuse, qu'il éprouve comme une dégradation de sa dignité morale et comme une diminution de son droit à la vie. Le *mal est en lui*, et si bien en lui, que, pour le détruire, il n'y a plus qu'une solution radicale, vers laquelle tend le mélancolique : c'est de se supprimer soi-même. Le *suicide* est le moyen de défense naturel de l'anxiété mélancolique.

C'est en lui-même que le sujet place la source de ses maux, au cours de la *mélancolie avec conscience* ; il s'inquiète alors et se lamente interminablement de son dégoût pour toutes choses, de son inaptitude profonde, et, selon lui, définitive, à vivre et à profiter de la vie : cette forme d'anxiété mélancolique correspond à l'*hypocondrie morale* des anciens auteurs.

C'est encore en lui que le sujet place la source de ses malheurs, dans la *mélancolie délirante* ; il est indigne, il est coupable et il s'accuse ; il a commis telle peccadille, qui devient un forfait ; mieux encore, il a commis tous les crimes. Il est malade, il est pourri, il est gangrené, il va mourir. Il n'a plus d'argent, il est ruiné, il n'a plus le droit à la nourriture, qu'il ne peut pas payer, et qui ne doit pas entretenir plus longtemps l'existence d'un monstre tel que lui, etc... Si on l'interroge sur la cause de son infortune, il répond habituellement : « C'est ma faute. C'est mérité »,

Le mal est en lui, mais ce mal est contagieux : il se pro-

page et il *rayonne*. Le mélancolique a compromis sa fortune par son incapacité et il a ruiné ses enfants. Il est le fléau de sa famille et de l'humanité. Il est malade, il sent mauvais, il empeste ses voisins et il les contamine. Il va mourir, mais les autres périront avec lui et par son œuvre. S'il doit se tuer, mieux vaut associer ses enfants à son suicide, car le malheur qu'il communique autour de lui est pareil au sien et n'a de remède que dans la mort.

4° Il est un dernier caractère de cette tristesse qui, mieux que tout autre, révèle la participation de l'anxiété à la douleur morale du mélancolique : c'est le *doute*, c'est l'*attente*. « Ces malades, dit Séglas, sont le plus souvent dans le doute et l'incertitude et n'expriment que des craintes sur les supplices et les châtiments qui leur sont réservés dans l'avenir, sur les malheurs dont ils sont la cause. Le mélancolique, disait Lasègue, est un prévenu ; le persécuté, un condamné. » C'est, en effet, surtout à propos de ces idées d'expiation et d'exécution, de torture et de damnation, que se manifeste, avec une intensité saisissante, l'agitation anxieuse du mélancolique.

Si ses forfaits sont dans le passé, ses craintes sont dans l'avenir : on ouvre la porte, voilà les gendarmes ; on entend une voiture au dehors : c'est le fourgon de la guillotine. Le malade imagine et décrit d'avance l'horreur de son supplice. La voix de Dieu lui annonce, et, parfois, lui fait dire à lui-même, dans sa propre bouche : « Tu seras damné ! »

Dans quelques cas, où la mélancolie tend vers la chroni-

cité ou la démence, le rayonnement centrifuge de la douleur morale s'étend à l'infini, les affirmations et les *négations* sont poussées à l'*absolu*, dans une sorte de délire mégalo-mélancolique.

Dans le *syndrome de Cotard*, les malades, qui s'accusent souvent d'avoir commis tous les crimes, d'avoir causé tous les malheurs, dans tous les temps, méconnaissent et renient la plupart des éléments de leur personnalité : ils sont transformés ou anéantis ; ils n'ont plus d'organes ; ils vivent dans un monde qui n'est plus le même ou qui n'existe plus ; car l'univers a disparu : ils ont amené par leurs crimes la fin du monde.

Ils sont condamnés à souffrir toujours et partout, dans l'infini du temps et de l'espace. Leur douleur ne se terminera même pas par la mort : ils sont immortels pour la souffrance. Ils subissent la damnation éternelle.

L'anéantissement douloureux qui fait le fond de la dépression mélancolique tend donc, comme tous les états sentimentaux, à rayonner, au terme de son extension progressive, jusqu'à l'infini, à l'universel, à l'éternel. Le délire des négations mélancolique n'est pas, en réalité, un *délire de grandeur*, comme on l'a dit : c'est un délire *immensément* mélancolique. Il n'en est pas moins intéressant de rapprocher et de comparer le délire expansif et colossal d'un paralytique général au délire dépressif et non moins colossal d'un mélancolique atteint du syndrome de Cottard. De part et d'autre,

en effet, une disposition affective non réfrénée, un sentiment de puissance triomphante ou d'impuissance atroce a pour conséquence extrême le passage à l'absolu des conceptions délirantes et l'affirmation, éperdue et démesurée, de l'être ou du néant.

Ce qui différencie donc le syndrome de Cotard du délire mélancolique ordinaire, ce n'est pas la nature même de l'anxiété, c'est la suspension, en général plus marquée, de la critique, souvent même la démence initiale, et c'est surtout, à la faveur de cette diminution du contrôle intellectuel, l'exaltation des *processus imaginatifs*, qui donne au délire une formule particulière, une sorte d'ampleur grandiose et surhumaine. Comme le délire expansif du paralytique, le délire des négations représente une forme de *délire essentiellement imaginatif*, dans son mécanisme intellectuel de conception et d'expression. Le faux aspect de délire de grandeur s'explique précisément, dans le syndrome de Cotard, par l'*énormité de la réaction imaginative*.

L'analogie entre ces deux ordres de délires imaginatifs, paralytique et mélancolique, se vérifie encore, pratiquement, par cette contre-épreuve clinique si curieuse : le délire paralytique, lorsqu'il est dépressif et hypocondriaque, aboutit, lui aussi, tout naturellement à des *idées de négation*, sur lesquelles Baillarger avait insisté le premier, et qu'il considérait même comme pathognomoniques de la paralysie générale.



Deux points, particulièrement intéressants pour la séméiologie et le diagnostic de l'anxiété mélancolique méritent de retenir notre attention : c'est d'abord l'intercurrence des *idées de persécution* dans le syndrome mélancolique ; c'est ensuite le *mélange*, réel ou apparent, des *symptômes d'ordre maniaque et d'ordre mélancolique*. Autrement dit, nous allons aborder ici, le plus brièvement possible, l'interprétation du délire des *persécutés mélancoliques* et la question des *états mixtes*.

A) Les *idées de persécution* ne sont pas rares dans les états mélancoliques ; on conçoit alors l'importance pratique du problème qui se pose au clinicien : si les idées de persécution sont secondaires, si elles se relient directement, dans leur apparition et leur évolution, à l'existence de la dépression mélancolique, elles disparaîtront après la crise anxieuse. Si, au contraire, il s'agit d'un délire de persécution, soit associé à un accès de dépression mélancolique, soit compliqué par un état d'anxiété secondaire, la psychose systématique poursuivra son évolution chronique et autonome, avec ou sans symptômes d'anxiété.

En règle générale, l'anxieux mélancolique, même lorsqu'il est persécuté, continue à placer *en lui-même*, dans sa malheureuse constitution mentale et physique, la cause initiale

de ses tourments : on lui en veut, mais il a mérité, au moins en partie, cette hostilité, cette disgrâce. C'est un châtiment, peut-être exagéré dans son application, mais légitime dans son principe. On se moque de lui, mais il donne prise à la raillerie : n'est-il pas gauche, maladroit, laid, difforme, contrefait, ridicule ? On l'exténue, on le rend malade par les vexations qu'on lui fait subir, mais, aussi, sa santé physique et morale n'est-elle pas, en réalité, bien mauvaise, chancelante et incapable de résister ? Il s'applique à justifier, à excuser, ou tout au moins à expliquer les persécutions dont il est victime ; même quand il ne s'accuse pas, il fait son examen de conscience, il cherche à fixer sa part des responsabilités : il *doute de lui-même*.

Parfois cependant les persécutions lui paraissent sans motif et sans excuse. Même alors, son attitude et ses dispositions peuvent rester caractéristiques. Il ne se montre pas, comme le paranoïaque, rempli du sentiment de son importance ; les tracasseries dont il est l'objet ne sont pas, à ses yeux, comme un hommage détourné que la malice des autres rend à sa vertu, comme une manifestation de la jalousie des méchants contre le mérite d'une personne irréprochable et supérieure. Le mélancolique ne voit, au contraire, dans les persécutions qu'il endure, qu'un amoindrissement de son importance et de sa valeur individuelles ; c'est une nouvelle preuve de son inaptitude à la vie, c'est la *forme sociale de son sentiment d'impuissance*. Le paranoïaque estime qu'il est un

objet d'intérêt et d'envie pour les autres hommes : le mélancolique ne se sent justiciable que de leur haine et de leur mépris.

C'est pourquoi la *réaction* du mélancolique, à l'égard de ses persécuteurs, participe à la dépression foncière de son état moral : elle est passive et résignée. Il récrimine et s'indigne à peine, il se plaint mollement. Il n'attaque pas, il ne résiste pas, il laisse faire, il renonce, il abdique. Si l'on consentait à cesser les persécutions, il pardonnerait volontiers ; et si l'on s'obstine à les prolonger, il demande seulement, dans son désespoir, qu'on en finisse et qu'on l'achève[1].

En pratique, la distinction est souvent très délicate. Car s'il arrive rarement qu'un même sujet soit atteint de *psychoses associées*, c'est-à-dire, en l'espèce, de psychose paranoïaque et de psychose mélancolique, on observe plus fréquemment des *psychoses compliquées*, la psychose mélancolique pouvant provoquer, chez un sujet prédisposé, une psychose interprétative, imaginative ou hallucinatoire, et, inversement, le délire paranoïaque favorisant parfois l'éclosion d'un accès mélancolique. On conçoit, en pareil cas, que la *psychose provoquée* n'en poursuive pas moins une

1. Ce sont là, presque textuellement, les paroles que le roi de France Charles VI, mélancolique, et se croyant persécuté, prononçait publiquement à l'église de Notre-Dame : « S'il est ici, celui qui me fait souffrir, je le conjure, au nom de Notre-Seigneur, de ne pas me tourmenter davantage, de faire que je ne languisse plus et que je meure ! » (Religieux de Saint-Denis). *Dupré, La folie de Charles VI*, Revue des Deux Mondes, mai 1909.

carrière autonome et que, quelle que soit la marche de la psychose initiale, elle continue à évoluer, selon sa propre loi et pour son propre compte.

Enfin, très souvent aussi, sans que la psychose primitive fasse éclater, à sa suite, une autre psychose plus ou moins indépendante, il arrive que l'affection en cours *réveille et sensibilise* des dispositions constitutionnelles qui, s'associant à l'ensemble du tableau clinique, le déforment jusqu'à le rendre parfois méconnaissable. Tel paranoïaque constitutionnel présente, à chaque nouvelle période dépressive d'une psychose intermittente, l'apparence d'un persécuté : l'anxiété mélancolique revêt alors, dans son expression clinique, la forme habituelle qu'impose aux conceptions, au langage et à l'attitude du sujet sa constitution paranoïaque : il s'agit d'une *psychose larvée*, au sens exact du mot, l'anxiété mélancolique se présentant sous l'*apparence* anormale de la méfiance paranoïaque.

Il en est de même des cas, sur lesquels nous reviendrons, où un délire de persécution met en valeur la tendance constitutionnelle, soit à l'anxiété banale, aux terreurs, aux fugues, etc., soit à la dépression, de teinte mélancolique, avec découragement, passivité, résignation, tendance suicide, etc.



B) Dans certaines circonstances, auxquelles nous avons déjà fait allusion, l'anxiété mélancolique, portée à son comble, s'extériorise en démonstrations bruyantes et aboutit à un état d'excitation intellectuelle et motrice qui domine le tableau clinique. Ce sont les *mélancolies anxieuses* des auteurs français, les *mélancolies agitées* de certains auteurs anglais.

L'anxiété peut donc, même lorsqu'elle est d'origine mélancolique, susciter un état *de stimulation* fonctionnelle, qui présente quelque ressemblance avec l'*agitation maniaque*.

Aussi conçoit-on que certains auteurs aient pu décrire la mélancolie anxieuse comme une forme d'*état mixte*, comme un mélange de dépression mélancolique et d'excitation maniaque.

Kraepelin, le père des états mixtes, semble s'être refusé à cette interprétation. On peut alléguer, en effet, que l'excitation intellectuelle et motrice est ici *réactionnelle* et qu'elle doit être rattachée à sa *cause première*, qui est la *dépression mélancolique*. On sait que l'anxiété comporte toujours certains éléments d'impatience et d'exaspération ; elle représente, comme l'a montré Dumas, une variété de douleur sthénique. La dépression s'y mélange donc toujours, sous

quelque forme et à quelque degré que ce soit, à des symptômes d'excitation.

Si l'on déclarait que la mélancolie anxieuse est un état mixte, on devrait dire que l'anxiété est un état mixte ; et la mélancolie elle-même, qui n'est pour ainsi dire jamais exempte d'anxiété, ne serait plus qu'un état mixte. En réalité, pour qu'on fût en droit d'invoquer l'état mixte, il faudrait qu'une même affection pût réunir, dans sa symptomatologie *actuelle*, non pas seulement des signes d'excitation banale à des signes de dépression banale, mais les signes de l'excitation *maniaque* à ceux de la dépression *mélancolique*.

En pratique, on peut observer, en dehors de la mélancolie anxieuse et agitée, des états de dépression mélancolique présentant certains caractères plus ou moins discordants avec le tableau clinique habituel. On retrouve, par exemple, la douleur morale, avec sentiment profond d'impuissance et de découragement, mais l'arrêt idéatif et moteur est plus difficilement appréciable. Souvent même, l'anxiété donne naissance à des réactions intellectuelles, surtout d'ordre imaginatif, plus ou moins riches et compliquées : le déprimé fabule ; il raconte ses fautes avec détail et complaisance ; il décrit ses supplices avec une certaine fertilité d'invention. Il s'auto-accuse et débite, en termes d'une précision parfois vraisemblable, le roman d'un vol ou d'un assassinat. Le délire qui est, d'ordinaire, chez le mélancolique, imaginatif seulement par son mode de conception et d'expression, mais

pauvre, étriqué, monotone, s'amplifie alors jusqu'à l'élaboration d'un thème assez riche et se hausse jusqu'au véritable *délire d'imagination symptomatique*. Nous croyons qu'ici encore la solution est dans l'existence *d'une forme larvée* et non d'un état mixte, la dépression mélancolique intercurrente ayant mis en jeu, par la stimulation de l'anxiété, l'aptitude aux constructions imaginatives d'un mythomane constitutionnel.

Chez d'autres malades, on retrouve, même dans la dépression présente, l'instabilité d'idées et d'action, la volubilité de parole, l'agitation brouillonne et stérile qui sont les traits habituels de leur *caractère* dans l'intervalle des accès. La *race* elle-même n'est pas indifférente : parmi les mélancoliques, pourrait-on dire, il en est qui sont du nord et qui sont du midi.

Il s'agit souvent, d'ailleurs, dans ces observations, de formes frustes et atténuées, en même temps que larvées ; la dépression est incomplète et légère, soit qu'on ait affaire à une forme aiguë et bénigne, soit, au contraire, à une forme durable, par évolution chronique d'emblée, ou par prolongation traînante d'un épisode primitivement aigu.

On observe encore certaines formes de psychose intermittente, dont les accès, plus ou moins atypiques, présentent des symptômes, complexes et difficiles à coordonner, d'excitation et de dépression, quelquefois avec idées délirantes multiples et même hallucinations ; ce sont bien plutôt des *états*

polymorphes, au sens de Magnan que des états mixtes, au sens de Kraepelin.

Nous ne rappellerons pas ici les cas nombreux où de prétendus états mixtes, au lieu d'être symptomatiques de psychose intermittente, appartenaient en réalité à l'hébéphrénie, à la paralysie générale, à la confusion mentale, etc., etc. Et nous aurons l'occasion de revenir sur l'anxiété maniaque.

Enfin, dans d'autres cas, qui ne *relèvent pas non plus de la mélancolie*, il s'agit d'anxiété constitutionnelle qui s'est exagérée en *psychose anxieuse*, avec état pantophobique, préoccupations pénibles, éréthisme psycho-moteur et, parfois, quelques obsessions ou impulsions. Ce qui domine alors la scène morbide, ce n'est plus l'anxiété intermittente, de caractère mélancolique, ni l'excitation naniaque, c'est l'anxiété chronique, à symptomatologie complexe et polymorphe ; et, de cette forme particulière d'agitation anxieuse la dépression mélancolique se distingue nettement par son inhibition, sa passivité, sa monotonie, l'affaissement généralisé de l'activité vitale, c'est-à-dire, en somme, par la forme et surtout par l'enchaînement des manifestations morbides.

Nous avons dit plus haut[1] comment l'allure pseudo-maniaque de la psychose anxieuse peut faire songer, dans certains cas, à de prétendus états mixtes. Cette excitation psychique de la psycho-névrose anxieuse n'est pas plus

1. Page 61.

en réalité un état mixte que l'excitation anxieuse de la mélancolie.

N'oublions pas enfin qu'en psychiatrie, surtout lorsqu'il s'agit de déséquilibres constitutionnels, les groupements, parfaitement légitimes dans les cas types, perdent leur justesse et leur utilité dans les cas aberrants, de séméiologie plus ou moins complexe et de formule essentiellement individuelle. En psychiatrie, autant et plus qu'ailleurs, les *frontières sont schématiques* ; et la continuité ininterrompue des phénomènes naturels rend illusoires les délimitations théoriques.

Les conséquences médico-légales de l'anxiété mélancolique. — Le refuge dans la mort étant le moyen de défense habituel du mélancolique, pour lui-même et pour les siens, le grand danger de la mélancolie, c'est le *suicide*, parfois compliqué de suicide collectif, ou d'*homicide* commis sur la personne des êtres chers, qu'il faut soustraire au déshonneur, à la ruine et aux supplices. C'est, en général, au cours de *raptus anxieux*, qui surviennent plutôt le *matin*, à l'heure des paroxysmes anxieux constitutionnels, que le malade, dans un élan impulsif, se précipite en quelque sorte à la mort : il se jette par la fenêtre, il se pend, il s'ouvre « les veines » du poignet, surtout du poignet gauche, avec un couteau ou un rasoir ; il se tire un coup de feu au cœur ou à la tempe, surtout à la tempe droite. Ces tentatives, plus fréquentes chez les sujets à *hérédité suicide*, sont, la plupart du temps, inopinées, hâtives, maladroites, remarquables par la multiplicité et l'acharnement des coups et par l'insensibilité du malade aux blessures d'ordinaire les plus douloureuses. Le suicide, particulièrement redoutable chez les sujets plus anxieux qu'abattus, est quelquefois perpétré avec habileté, ruse et préméditation.

Fréquemment aussi, le mélancolique se *mutile*, par automatisme anxieux ou sous l'empire d'une idée délirante. Il se livre à des *fugues*, surtout au début de la psychose ou quand la mélancolie tourne à la chronicité[1]. Il *refuse les aliments*, par anorexie, par dépression, incapacité d'effort et aboulie, par délire hypocondriaque, de persécution ou d'indignité ; mais, très souvent, le refus d'aliments est, pour le mélancolique, *un moyen de suicide*, celui qui convient le mieux à sa passivité et à son inertie.

1. Cf. Le Juif errant. Les vers célèbres de V. Hugo, dans la Conscience, pourraient s'appliquer, avec une rigueur et une précision saisissantes, à la fugue anxieuse du mélancolique, poursuivi, comme Caïn, par le remords :

« Il allait muet, pâle et frémissant aux bruits,
Furtif, sans regarder derrière lui, sans trêve,
Sans repos, sans sommeil..... »

L'ANXIÉTÉ DANS LA MANIE

Nous avons indiqué par quels arguments, de haute valeur clinique, on peut, avec Kraepelin, repousser l'hypothèse d'après laquelle l'excitation psychique, secondaire à l'anxiété mélancolique, constituerait un *état mixte*, à la fois maniaque et mélancolique.

Il existe donc une forme d'*excitation psychique, de nature mélancolique*. La clinique démontre qu'il existe pareillement des formes de *dépression psychique, de nature maniaque*.

Il nous paraît incontestable qu'on doit décrire, en bonne nosologie, une *anxiété maniaque*, d'observation clinique assez fréquente.

L'euphorie, malgré l'affirmation de Kraepelin, n'est nullement une disposition affective constante, ni même, dans bien des cas, prédominante, au cours de l'état maniaque. Il s'en faut que tous ces malades se proclament heureux. L'euphorie fait souvent place à la *colère*, qui comporte autant d'amertume que de satisfaction et d'où l'anxiété n'est pas exclue. Souvent aussi, le maniaque pleure, se répand en

lamentations et débite, en quelque sorte, un *flot intarissable d'idées tristes* : souvenirs affligeants, constatations moroses concernant sa situation présente, récriminations contre l'entourage, conceptions délirantes pénibles ; parfois le maniaque, pendant quelques minutes ou quelques heures, observe un mutisme obstiné ; ou bien encore, soit au cours de ces moments de dépression relative, soit inopinément, il se livre à une tentative de suicide, plus ou moins brusque et violente.

Il s'agit là, manifestement, *d'anxiété maniaque*, parce que, *dans le même temps*, le sujet présente un ensemble de signes qui sont, de toute évidence, contradictoires avec un état de dépression mélancolique : le malade est muet, mais son regard est attentif, éveillé, mobile et brillant ; la physionomie est animée et changeante, le geste facile et alerte ; le sujet ne peut rester en place, va, vient, s'agite, ou, s'il est assis, remue sans cesse les mains, ses jambes trépignent, il fait des grimaces, etc...

Mais, remarque plus décisive encore, le caractère même des réactions anxieuses porte *l'empreinte de l'état maniaque*. Cette émotion pénible est variable, transitoire, démonstrative, expansive, hypersthénique. Les larmes sont abondantes, les plaintes sonores, exubérantes et volubiles. Le malade est triste : il chantera dans un instant. Il est tour à tour Jean qui pleure et Jean qui rit. Une telle réaction anxieuse n'exprime nullement l'inhibition, la passivité, la monotonie et l'arrêt psychique du mélancolique : elle est en rapport

avec l'agitation désordonnée, la mutabilité foncière des processus mentaux qui spécifient l'état maniaque. A la fuite des idées et des mouvements s'associe la *fuite des sentiments*, aussi bien gais que tristes, aussi bien anxieux que joyeux. Et la tristesse même du malade est maniaque.

Il semble que Kraepelin ait considéré ces faits comme des manifestations caractéristiques de l'*état mixte*. Il cite, en effet, comme preuve clinique de sa théorie, des observations où tout à coup un maniaque, au cours de son excitation désordonnée, se lamente, pleure, sanglote et se livre inopinément à une tentative de suicide. Il nous paraît plus simple d'appliquer à l'anxiété secondaire de la manie les mêmes arguments cliniques que nous avons fait valoir, conformément à l'opinion de Kraepelin, pour l'excitation secondaire de la mélancolie anxieuse.

L'anxiété maniaque n'est pas plus un état mixte que l'anxiété mélancolique.

L'ANXIÉTÉ DANS LES PSYCHOSES PARANOIAQUES

La notion de Paranoïa est, à certains égards, dans le domaine de l'intelligence et du caractère, un équivalent de la notion d'anxiété chronique, dans le domaine de l'émotivité : il s'agit, dans les deux cas, d'une *constitution*, qui se manifeste par des *stigmates permanents* et qui peut, en s'exagérant, soit sous l'influence d'une cause occasionnelle, soit spontanément, se transformer en une *psychose confirmée*, plus ou moins bien définie dans son tableau clinique et son évolution.

La disposition paranoïaque suppose des aptitudes morbides multiples, intéressant l'intelligence et le sentiment, et qu'il convient d'analyser. L'étude de ces tendances foncières de l'esprit et du caractère nous permettra de mieux délimiter la part de l'anxiété, constitutionnelle ou acquise, dans l'état mental du paranoïaque.

1° La constitution paranoïaque met en œuvre une disposition intellectuelle particulière : l'esprit de systématisation, la tendance à organiser des ensembles, plus ou moins coor-

donnés et cohérents, d'idées fausses pathologiques, entraînant une croyance absolue et irréductible. Ce premier degré de la constitution paranoïaque, qui se résume dans la *tendance paralogique*, n'est autre chose, en somme, que *l'aptitude au délire* systématisé, quel qu'il soit.

Cette disposition, essentiellement intellectuelle, peut aboutir, dans un cas déterminé, à l'un de ces trois ordres de délires, d'ailleurs souvent associés entre eux : délire *hallucinatoire*, ce qui est classique ; délire *interprétatif*, comme l'ont établi Sérieux et Capgras ; enfin, délire *imaginatif*, comme Dupré[1] l'a montré avec l'un de nous.

Souvent l'observation du sujet, avant l'éclosion de la vésanie, permet de reconnaître une prédisposition morbide, soit à l'interprétation, soit aux intuitions imaginatives (les Interprétateurs de Sérieux et Capgras et les Mythomanes de Dupré). On saisit, quelquefois même, dans les antécédents du malade, un état d'éréthisme sensoriel, susceptible de servir d'amorce au délire hallucinatoire[2].

Cette propension à l'erreur systématique, par voie de perception, de raisonnement ou d'imagination morbides, peut suffire, dans certains cas, à l'éclosion d'une psychose délirante, sans qu'aux stigmates intellectuels, d'ordre paralogique, viennent s'ajouter nécessairement les stigmates

1. Dupré et Logre, *Les délires d'imagination. Encéphale.* Avril-mai 1911.

2. Logre et E. Terrien, *Psychose hallucinatoire à prédominance olfactive. Soc. de Psychiatrie*, nov. 1913.

affectifs classiques de la constitution paranoïaque, les *traits du caractère* ; ceux-ci, qu'on peut résumer dans ces deux mots : *orgueil et méfiance,* représentent, comme on sait, la *prédisposition,* non plus au délire en général, mais aux *délires de grandeur et de persécution.* On peut observer cette absence des éléments affectifs de la paranoïa chez certains hypocondriaques, souvent anxieux constitutionnels, dont les préoccupations morbides se systématisent et aboutissent à l'élaboration d'un délire plus ou moins cohérent, stable et progressif. Voici un hypocondriaque, présentant les signes caractéristiques de la constitution émotive, et qui, depuis longtemps déjà, éprouve certains malaises, à localisation intestinale prédominante ; il est atteint d'entéro-colite muco-membraneuse. Mais le malade ne se borne pas à concevoir des inquiétudes sur sa santé, avec doute, consultations médicales et interventions thérapeutiques multiples. Il interprète ses troubles sensitifs ; peut-être présente-t-il des hallucinations cénesthésiques ; peut-être encore fabule-t-il, à certains moments. Et cette hypocondrie systématique a pour résultat l'organisation d'un *délire zoopathique* : le malade connaît maintenant la cause de ses souffrances ; il se rappelle avoir bu un jour de l'eau suspecte : elle contenait un œuf de lézard, et voilà pourquoi son ventre est rempli de sauriens. Il s'agit bien ici d'une psychose délirante, où la tendance paralogique, à forme surtout interprétative, représente le seul élément véritablement paranoïaque. L'or-

gueil, la méfiance, l'importance exagérée que l'individu attribue à sa *personnalité sociale*, tous ces éléments affectifs morbides de la constitution paranoïaque n'interviennent en aucune façon dans cette construction délirante ; et cependant, les troubles de la sensibilité et de l'émotivité n'y sont pas étrangers, mais il s'agit alors de malaises corporels, d'ordre plus ou moins angoissant, avec perception inexacte de la *personnalité physique* et troubles de la sensibilité interne, profonde et viscérale. Ce sont les modifications de la cénesthésie, qui, sur un terrain d'anxiété constitutionnelle et souvent de débilité mentale, ont servi de point de départ à l'erreur pathologique. Ce sont les troubles sensitivo-émotifs qui jouent donc ici, à beaucoup d'égards, dans la psychogénèse du délire, le même rôle que l'orgueil ou la méfiance, à l'origine de la plupart des psychoses paranoïaques.

Il faut bien se garder, cependant, d'exagérer l'importance de ces faits, qui attestent l'existence de délires systématiques, à l'élaboration desquels contribuent, en dehors des éléments affectifs du caractère paranoïaque, les seules dispositions paralogiques appliquées à l'interprétation morbide des troubles cénesthésiques. Que ce malade, en effet, s'adresse à un chirurgien, et que celui-ci, victime d'une ignorance psychiatrique, assurément excusable dans les conditions actuelles de l'enseignement médical, commette l'erreur dangereuse, et qui peut lui coûter la vie, de porter le bistouri sur cet anxieux paranoïaque : on peut craindre

alors que le malade, devant la persistance ou l'aggravation de ses troubles cénesthésiques, n'accuse désormais le chirurgien de l'avoir mal opéré, de s'être conduit envers lui comme son ennemi personnel, et ne manifeste enfin cette méfiance et ce sentiment exagéré de sa personnalité sociale qui sont les éléments affectifs habituels de la constitution paranoïaque.

2° D'ordinaire, en effet, dans le délire paranoïaque, se révèle cette déviation foncière, ce trouble essentiel de l'esprit et du caractère que Séglas a si heureusement désigné par les mots de : *perception inexacte de l'humanité.*

A la différence de l'obsédé ou du mélancolique, qui placent, l'un et l'autre, à des titres variés, la cause de leur inadaptation vitale en eux-mêmes, dans leur personnalité psychique, le paranoïaque, lorsqu'il souffre, assigne à sa souffrance *une cause extérieure* ; il lui attribue, le plus souvent, une origine très précise : il ne la localise pas dans sa personne, dans sa cervelle à lui, mais dans la personne et la cervelle d'autrui, dans la *volonté humaine.* L'attention des autres hommes s'attache à lui, se concentre et gravite autour de sa personne, comme un satellite autour de l'astre principal. Son délire est à caractère essentiellement *convergent* et à rayonnement *centripète.* Le paranoïaque se croit le *centre d'attraction* naturelle, vers lequel se dirigent les pensées, les efforts et toute l'activité psychique de ses semblables.

Rien n'est remarquable, en effet, comme le dévouement du

persécuteur à sa cause. Il y consacre tout son temps, toute son énergie, toute son ingéniosité : il paye continuellement de sa personne, se déguise, accompagne et surveille sa victime, passe des nuits à l'injurier et à la tourmenter, ne recule pas devant les machinations les plus compliquées et les plus périlleuses ; le persécuteur et le bienfaiteur sont inféodés à ceux qu'ils poursuivent de leur haine ou de leur bienveillance assidues ; ils leur ont dédié leur vie, ils sont leurs esclaves.

Cet *égocentrisme* représente l'élément fondamental, le principe actif, qui, non réfréné par la faiblesse relative du sens critique, et mis en valeur par les tendances systématiques de l'esprit, aboutit à l'éclosion du délire paranoïaque.

On conçoit que, dans un tel syndrome, l'intervention de l'*anxiété* ne soit ni constante, ni prédominante. Le paranoïaque est trop *sûr de lui* pour être seulement effleuré par le doute ; ce n'est pas un « prévenu », c'est un « condamné » ; il n'a pas d'hésitation, il a la « certitude des certitudes ». Il est également trop satisfait de sa personne, de son mérite et de sa dignité, pour se replier sur lui-même, examiner ses torts, faire amende honorable et courber la tête, dans un moment de dépression affective ou de défaillance volontaire. En réalité, il a foi dans la justice et l'excellence de sa cause, il a confiance dans l'avenir qui le vengera et fera éclater aux yeux de tous son innocence et sa vertu. La persécution n'est qu'une épreuve dont il sortira plus fort. Il est déjà marqué par le sceau d'une destinée glo-

rieuse. Malgré la tristesse de l'heure présente, il se sent né pour le bonheur et la toute-puissance ; et, derrière le délire de persécution actuel, on devine l'avènement, plus ou moins prochain, du délire de grandeur.

Cependant la *méfiance,* qui figure à l'origine des idées de persécution, renferme certains éléments d'attente pénible et d'insécurité, de doute et de suspicion : c'est un état d'*inquiétude.* Ce n'est pas, à proprement parler, de l'anxiété, puisqu'il s'agit d'une réaction stable et chronique, d'un sentiment et non d'une émotion ; mais cette méfiance peut, en s'exagérant, dans certaines conditions, sous forme d'état affectif plus ou moins brusque et violent, devenir une *émotion anxieuse* véritable. Cette douleur morale particulière, expression émotive d'une disposition permanente à la méfiance, est l'anxiété la plus habituelle et, en quelque sorte, spécifique des délires paranoïaques.

Cette anxiété paranoïaque revêt cliniquement plusieurs formes et plusieurs degrés.

Dans quelques cas, le sujet se plaint beaucoup moins de la nature des persécutions que de leur *continuité.* On lui veut peut-être du bien, mais on l'excède par des taquineries, des allusions, des conseils, ou de simples conversations, anodines mais interminables, qui l'empêchent de dormir et lui interdisent tout repos. Ces faits, qui ne sont pas très rares, se rapportent parfois au délire d'interprétation, mais surtout à *certains délires hallucinatoires chroniques,* fort inté-

ressants parce que, si le malade manifeste alors les traits du caractère paranoïaque, c'est seulement par sa croyance à l'intervention intempestive d'une personne étrangère dans sa vie privée : mais il ne présente, en réalité, que fort peu d'orgueil et de méfiance.

Ces sujets sont souvent des émotifs, atteints d'éréthisme psycho-moteur et psycho-sensoriel, avec réflexes rotuliens et pupillaires très vifs. Leur anxiété se manifeste surtout par l'énervement, l'impatience et l'exaspération. Il s'agit moins d'un délire de grandeur ou de persécution que d'un délire d'*intervention* étrangère, neutre ou bienveillante, mais maladroite et intolérable : c'est une sorte de *délire d'importunité*.

Cette forme morbide est, par certains caractères, très voisine des *hallucinoses*, où les malades sont incommodés par de continuelles hallucinations, souvent injurieuses, parfois indifférentes, mais qui ne servent pas de prétexte à l'organisation d'un véritable délire de persécution.

Chez d'autres sujets, en dehors même de toute idée délirante précise, la méfiance foncière se traduit sous forme d'*inquiétude* vague et diffuse, de malaise cénesthésique, à caractère souvent angoissant. Ces malades, qui sont en proie, par instants, à l'émotion la plus vive, ne peuvent souvent pas dire encore à quelle cause il convient d'attribuer cette anxiété. Ils se demandent si on ne leur en veut pas ; quelque chose est changé dans l'attitude de leur entourage, tout

le monde a l'air drôle ; mais, en même temps, ils se plaignent d'une sensation de malaise profond et se demandent s'ils ne sont pas malades, s'ils ne vont pas tomber fous. Ils ont l'apparence d'*hypocondriaques* autant que de persécutés. On reconnaît, dans cette description, le tableau des délirants chroniques de Magnan, à la première période, ou *période d'inquiétude* : l'observation des faits, qui n'a pas toujours confirmé la succession régulière et systématique des différentes périodes de cette affection, vérifie cependant, assez souvent, la réalité clinique de cette *phase prédélirante*, où la scène morbide est dominée par des symptômes d'inquiétude vague et d'anxiété diffuse.

Plus fréquemment encore, l'anxiété du paranoïaque est *secondaire et réactionnelle*. S'il n'a pas l'anxiété de la faute et du jugement, comme le mélancolique, qui est « un prévenu », et un prévenu qui s'accuse, le persécuté, qui est un « condamné », mais un condamné qui se disculpe, n'en éprouve pas moins la crainte anxieuse de son supplice immérité, le souci poignant de sa défense et de sa réhabilitation.

Il en résulte, surtout sous l'influence de paroxysmes hallucinatoires, de véritables *crises d'anxiété*, avec violence et agitation extrêmes, cris, terreurs, supplications, etc. Ces malades refusent quelquefois de parler, de s'expliquer, répétant seulement : « Ne me tuez pas ! » Au comble de l'épouvante, ils résistent avec une énergie désespérée aux infirmiers

qui les amènent à l'asile ou à la maison de santé. A un examen superficiel et rapide, on pourrait les confondre avec des mélancoliques ou des confus.

Dans beaucoup de psychoses hallucinatoires, l'anxiété redouble, non seulement du fait des injures, des menaces et de l'attente d'événements extérieurs terrifiants, mais par suite de l'intensité des *troubles cénesthésiques*. On torture le malade, on l'étrangle, on l'écrase, on l'écartèle, on le hache, on le réduit en bouillie, etc. Le supplice redouté devient pour lui la plus cruelle et la plus angoissante des réalités présentes.

Dans un grand nombre de *délires hallucinatoires chroniques*, l'anxiété revêt un caractère spécial, en rapport avec une autre modalité d'action de l'influence étrangère. Le malade se plaint que ses persécuteurs sont au courant de ses opinions et de ses projets. L'intimité de sa vie psychique est percée à jour. On espionne sa pensée jusque dans sa cervelle. Et le sujet peut acquérir cette conviction de plusieurs manières : d'une part, il reconnaît dans ses hallucinations auditives la répétition plus ou moins exacte des idées qu'il vient de concevoir et qu'il était sur le point de formuler : c'est l'*écho de la pensée*, qui ne représente autre chose qu'une hallucination auditive commentée et interprétée par le sujet ; mais, d'autre part, si le malade affirme qu'on viole le secret de sa conscience, c'est souvent aussi parce que la persécution s'exerce contre lui dans d'autres conditions que par l'intermédiaire

des hallucinations externes. Ce n'est plus seulement par les moyens ordinaires de la perception, mais par des procédés tout à fait déconcertants et sans précédent que le malade connaît et ressent les tracasseries dont il est l'objet. On lui parle dans sa bouche et dans sa poitrine : ce sont les *hallucinations verbales psycho-motrices* de Séglas[1]; on lui parle aussi, dans sa tête, directement : ce sont les *pseudo-hallucinations* de Kandinsky. On lui envoie des sons que l'oreille ne perçoit pas, des images que ses yeux ne voient pas, des idées qui ne lui sont pas communiquées par le langage articulé ou l'écriture. Le malade traduit ce phénomène psychique par les mots de « voix intérieures » et de « transmission de la pensée ». Il y a plus : on actionne, malgré lui, ses mouvements comme ses idées, sa volonté comme sa pensée : on agite sa langue, on parle, non seulement « dans » mais « par » sa bouche : ce sont les impulsions motrices verbales, c'est la *fuite de la pensée*, qu'il ne faut pas confondre avec l'écho de la pensée. On mobilise ses membres, on lui donne des attitudes ridicules. On pourrait lui faire commettre des crimes, ou le réduire au suicide, malgré lui. C'est, selon les expressions des malades, de « l'hypnotisme », du « magnétisme », du « spiritisme ».

En résumé, *attribution des manifestations de l'automatisme psychologique à l'influence d'autrui, dépersonnalisation et aliénation des éléments du psychisme individuel*, aboutissant à l'hallucination, aux pseudo-hallucinations et aux impul-

sions d'origine exogène, tel est le processus essentiel des *psychoses hallucinatoires chroniques*.

On conçoit quel mode particulier de réaction anxieuse peut susciter cette invasion de l'esprit par une influence étrangère, cette mainmise d'autrui sur les éléments de la vie endopsychique, cette *effraction intolérable de la conscience* personnelle. Ces *délires de suggestion et d'influence* rappellent, dans une certaine mesure, par la vivacité des réactions émotives qu'ils provoquent, la lutte anxieuse de l'obsédé, aux prises avec une idée ou une impulsion qu'il réprouve ; mais l'obsédé considère cette idée ou cette impulsion comme émanant de lui-même, au lieu de les attribuer à l'influence d'autrui. Entre les deux états, il n'y a donc que la différence d'une interprétation morbide ; mais cette différence est révélatrice et caractérise avec précision l'état d'esprit obsédant ou paranoïaque. On sait cependant avec quelle facilité, chez certains sujets, par passage de la « paranoïa rudimentaire » à la paranoïa confirmée, l'obsession peut aboutir au délire d'influence.

A un degré de plus, ce délire d'influence et de suggestion devient le *délire de possession*, le sujet appartenant plus ou moins complètement à son persécuteur, qui habite en lui ou même se substitue entièrement à l'ensemble de sa personnalité physique et morale.

Une nuance d'anxiété très différente, quoique comparable encore, à certains égards, avec l'anxiété de l'obsédé, est

l'anxiété du *paranoïaque revendicateur*. Ici, aux interprétations, qui sont fréquentes, à l'esprit de système, qui est très actif, à l'orgueil, toujours profond, et à la méfiance, souvent vive, s'ajoutent des troubles de l'intelligence et de la volonté, spécifiés par la tendance à l'idée fixe, à l'*idée prévalente*, et par l'énergie, la ténacité et l'obstination morbides, avec lesquelles le sujet poursuit, par tous les moyens, la reconnaissance de ses droits et la réparation des dommages qu'il croit avoir subis. Lorsqu'un obstacle surgit, lorsqu'une circonstance quelconque empêche le malade de donner libre cours à cette activité systématique et impérieuse, alors se développe en lui un état de *malaise anxieux*, sur lequel Magnan et Sérieux ont très justement insisté ; il éprouve des battements de cœur, de la constriction pharyngée, du tremblement, des sueurs, etc. Il y a là une sorte de *hantise angoissante*, assez analogue au monoïdéisme anxieux de l'obsédé dont on a contrarié la phobie ou qui ne peut satisfaire son impulsion.

Nous ne reviendrons que très brièvement sur la question des *persécutés mélancoliques*. La rencontre de la constitution émotive et du terrain paranoïaque peut, au cours du délire, multiplier les réactions anxieuses, les terreurs, les déménagements, les fugues, les demandes de protection, les crises pantophobiques, etc. De même encore, la tendance à la dépression, au renoncement, à la passivité, peut donner lieu à des réactions d'abattement et de désespoir, d'aspect

mélancolique. Ces malades n'attaquent pas, résistent mal, se laissent faire et ne savent que gémir et se lamenter. Leur moyen de défense électif sera le *suicide*. Ce sont des doux, des timides, des résignés, des *abdicateurs*.

La réaction médico-légale ordinaire du paranoïaque consiste, au contraire, étant donnée la cause qu'il attribue à ses malheurs, à détruire la volonté humaine qui s'acharne contre lui : c'est l'*homicide*. Le malade commet parfois son crime sous l'influence d'un raptus anxieux, le plus souvent consécutif à un paroxysme hallucinatoire. Mais, plus fréquemment encore, il *tue froidement*, après mûre réflexion, en pleine connaissance de cause, sans peur et sans remords, en *justicier*. Il exerce un droit de légitime défense. Et sa décision meurtrière dépend moins de ses réactions anxieuses que de la tournure même de son caractère, de son énergie, de sa violence et de son agressivité.

L'ANXIÉTÉ DANS LE SYNDROME HÉBÉPHRÉNO-CATATONIQUE

Hecker et Kahlbaum ont décrit l'hébéphrénie et la catatonie, et Kraepelin, reprenant et amplifiant l'œuvre de ses prédécesseurs, a montré : 1° l'analogie foncière des deux syndromes ; 2° la gravité habituelle de leur évolution ; enfin, au nom de cette analogie des syndromes, de leur pronostic sévère, et aussi de leur éclosion à l'âge de la puberté, Kraepelin les a réunis, avec d'autres états psychopathiques, dans une vaste synthèse nosologique, sous le nom de *Démence précoce*.

En réalité, la *Démence précoce*, qui n'est pas toujours pubérale, mais parfois ultra-précoce ou tardive, est encore moins un état démentiel. Elle peut guérir et, même dans les cas chroniques, elle laisse souvent subsister, pendant fort longtemps, derrière les troubles profonds de l'activité psychique et psycho-motrice, une affectivité, et surtout une intelligence, qui sont latentes, mais non détruites ; et les facultés mentales, momentanément suspendues par la

maladie, peuvent se manifester de nouveau, parfois dans leur intégrité, après guérison ou au cours d'un intervalle lucide, et même, comme nous l'avons observé, à la phase ultime des accidents, lors d'une complication infectieuse terminale. Il faut distinguer soigneusement les notions, trop souvent confondues, d'impotence fonctionnelle, plus ou moins durable, de chronicité, d'incurabilité et de démence.

La démence, dans le syndrome hébéphréno-catatonique, doit donc être envisagée comme un *pronostic*, d'ailleurs très incertain, mais non comme un élément essentiel et constant du tableau clinique.

Dans certains cas cependant, l'affaiblissement intellectuel juvénile est le phénomène initial et prédominant, avec ou sans intercurrence du syndrome hébéphréno-catatonique. C'est la vraie démence précoce, la *démence précoce française*, décrite, bien avant Kraepelin, sous sa forme simple, par Esquirol et surtout par Morel, qui avait également signalé les éléments principaux du syndrome hébéphréno-catatonique : stéréotypies, suggestibilité, catalepsie, tics et folie d'opposition.

L'hébéphréno-catatonie se traduit par les symptômes suivants :

a) Des troubles de l'*idéation* : incohérence, délires polymorphes, le plus souvent hallucinatoires ;

b) Des troubles de l'*affectivité* : aspect maniaque ou

mélancolique, mais avec hallucinations plus ou moins constantes ; fréquemment, apathie, *indifférence*.

c) Enfin, et surtout peut-être, des troubles de l'*activité motrice et volontaire* : désordre profond de la conduite ; impulsivité, prédominance d'un automatisme psycho-moteur incohérent et en apparence immotivé, régi, comme tant de déséquilibres, par la tendance à l'association et à l'alternance de manifestations contradictoires, et dominé par les lois mécaniques de l'habitude (négativisme et suggestibilité, catalepsie, stéréotypies, verbigération, salade de mots, tics, grimaces, rires et pleurs convulsifs et sans cause appréciable, etc., etc.).

Ce qui caractérise donc l'hébéphréno-catatonie, ce n'est pas seulement, comme on l'a dit, l'*affaiblissement*, transitoire ou définitif, *de la synthèse mentale*, élément banal de la plupart des psychopathies ; ce n'est pas non plus *la discordance* entre les éléments psychiques, la division de l'activité mentale en plusieurs fragments dissociés, la *schizophrénie*, selon le mot de Bleuler : car cette division de la conscience se retrouve, elle aussi, sous des formes diverses, soit dans l'obsession, où les fragments dissociés de la personnalité se livrent un combat douloureux, soit dans l'hystérie, où la synthèse pathologique, *l'état second*, s'isole et se sépare de la conscience raisonnable, au même titre que le comédien, lorsqu'il joue un rôle, oublie et méconnaît sa personnalité véritable ; ce sont bien, là aussi, au sens précis du mot, des discordances et des schizophré-

nies. Ce qui caractérise l'hébéphrénie, c'est le *mode particulier de division* de l'activité mentale : au cours de cette affection, le fait clinique essentiel n'est pas, en effet, dans l'exaltation et l'indépendance relative de la vie psychomotrice à l'égard de la conscience raisonnable, mais bien plutôt dans le rapport qui s'établit entre ces éléments dissociés. Le sujet, à certains moments, se rend compte de la nature psychopathique de ses grimaces, de ses impulsions, de son négativisme ; il peut connaître et apprécier certains troubles. Et cependant il ne lutte pas contre son automatisme psychologique, *il s'en désintéresse*. Il n'y a ni substitution, comme dans l'hystérie, ni conflit, comme dans l'obsession, entre les éléments dissociés de la personnalité, mais *coexistence, avec absence remarquable de réaction réciproque*. La conscience raisonnable, l'ensemble des ressources psychologiques, l'intelligence et la volonté subsistent, mais en quelque sorte, à l'écart, à l'arrière-plan de la scène clinique et comme en état d'indisponibilité. Le trouble psycho-moteur entrave et frappe d'impuissance la synthèse psychique supérieure à peu près comme, dans le tic ordinaire, la convulsion motrice, lorsqu'elle se produit, laisse la volonté sans usage et sans force : c'est le *barrage* de la volonté, suspendue par le spasme psycho-moteur, phénomène bien différent de l'*inhibition* du mélancolique, pour ainsi dire paralysé par sa douleur morale. Kahlbaum considérait ce syndrome comme une sorte de folie

motrice, de délire de la tension musculaire (spanungs irresein), et il l'avait décrit, pour ce motif, sous le nom, à certains égards si juste et si saisissant, de *catatonie* (de κατατείνειν, tendre).

On conçoit maintenant pourquoi l'anxiété véritable est relativement assez rare chez l'hébéphrénique, dans la mesure où il est, en effet, catatonique : de l'anxieux, il peut avoir l'*apparence*, le masque moteur, la grimace ; mais, cette réaction, à prédominance motrice, est plus ou moins vide de contenu psychologique et surtout affectif.

Il convient cependant d'apporter certaines réserves à cette affirmation. Lorsqu'on demande au malade, en période de rémission, pourquoi il pleurait ou riait ainsi, d'une manière en apparence automatique, il répond souvent qu'il ne s'en souvient pas, ou bien que c'était involontaire et machinal ; mais, parfois aussi, il indique une idée délirante, qui pouvait, en effet, motiver ses réactions anxieuses.

Dans mainte observation d'hébéphréno-catatonie, le tableau clinique est dominé par l'état de dépression psychique, avec peurs, fugues, lamentations, tentatives de suicide, agitation anxieuse désordonnée. C'est cet ensemble de symptômes qu'on a désigné sous le nom de *forme mélancolique* de la démence précoce. Un examen prolongé montre qu'il ne s'agit pas alors de mélancolie symptomatique de psychose intermittente ; l'expression clinique des sentiments est discordante : cet anxieux, qui, par certains côtés, semble un

maniaque, hurle avec emphase et solennité des idées d'auto-accusation, de ruine et d'indignité : ce déprimé, qui pleure convulsivement, exprime, par instants, des idées de satisfaction. On retrouve ici juxtaposés, dans une symptomatologie polymorphe et discordante, certains éléments de la manie et de la mélancolie classiques. Il s'agit d'un *faux* « *état mixte* », qui n'est pas en réalité un composé de manie et de mélancolie, mais l'expression d'un état plus ou moins profond de dissociation et dislocation mentales.

Ici encore, cependant, le diagnostic peut être, dans beaucoup de cas, très difficile.

On observe des déprimés qui, pendant plusieurs semaines ou plusieurs mois, ont l'apparence de mélancoliques classiques ; puis, chez ces malades, parfois sans autres phénomènes prémonitoires, le syndrome hébéphréno-catatonique se déclare ; et peut-être n'est-il, alors, qu'une complication.

Dans toute une série d'autres faits, on voit des hébéphréno-catatoniques présenter, surtout à certaines périodes de l'évolution, des *idées délirantes pénibles* et des hallucinations terrifiantes, qui entraînent des réactions d'anxiété, où l'expression émotive est plus ou moins en rapport avec les troubles idéatifs et affectifs sous-jacents.

De même encore, *au début de leur psychose*, quelques hébéphréniques accusent un état de malaise profond et d'*anxiété diffuse*, qui se traduit souvent par des préoccu-

pations hypocondriaques, relatives à l'intégrité de leur santé mentale. Le sujet a l'impression qu'il va tomber malade et il s'en affecte. Il redoute la folie, qu'il sent naître et grandir en lui. Cette conscience douloureuse, plus ou moins complète, de l'état morbide, se manifestant quelquefois sous la forme de l'obsession, est un élément assez fréquent du tableau clinique, à la période initiale de l'hébéphréno-catatonie ; elle peut, dans une certaine mesure, comme l'a bien montré E. Terrien[1], constituer une ressource précieuse pour le diagnostic, en particulier lorsque l'affection se présente d'abord sous le masque d'une psychose interprétative, et, plus généralement, d'un délire paranoïaque (délire paranoïde de Kraepelin).

1. E. Terrien, Les interprétations dans la Démence précoce. *Thèse*. Paris, 1912.

L'ANXIÉTÉ CHEZ LES DÉBILES

La pathologie des débiles offre cet intérêt majeur que souvent la seule *débilité mentale*, associée à une *réaction affective*, en partie *normale*, peut simuler la plupart des formes de déséquilibration psychique et, notamment, la déséquilibration émotive.

Voici un sujet qui n'a rien pu apprendre à l'école et qui, depuis longtemps, n'arrivait à gagner sa vie, d'ailleurs très incomplètement, qu'en s'occupant comme manœuvre chez un ami de ses parents. Des maladresses réitérées lui font perdre cette place. Alors, désespéré de cette mésaventure, blessé dans son orgueil, se croyant à charge à ses parents, il s'irrite, s'agite, pleure, et subitement fait une fugue de province à Paris : il se rend droit à l'Élysée, où il espère obtenir un peu d'argent du Président de la République, « un brave homme à qui il n'a encore rien demandé ». Il s'agit bien là, en un sens, d'une fugue anxieuse, mais, cette anxiété n'est symptomatique ni d'un état de dépression mélancolique, ni d'une recrudescence d'inquiétude chez un

anxieux constitutionnel. C'est seulement une *réaction émotive absurde*, disproportionnée à sa cause, inadaptée dans ses moyens et dans sa fin ; c'est de l'*anxiété chez un débile*, non de la déséquilibration anxieuse.

De même, chez certains débiles, atteints d'émotivité constitutionnelle, une émotion un peu vive suffit à susciter un *délire* imaginatif et surtout interprétatif ; le choc émotif, les perturbations glandulaires, une intoxication surajoutée ou la prédisposition paranoïaque compliquent parfois d'hallucinations visuelles ou auditives la scène morbide, ordinairement transitoire. Cet épisode psychopathique, à base anxieuse, représente, à proprement parler, une *bouffée de délire émotif*, chez un débile[1].

1. Nous prenons ici les mots : « délire émotif » dans leur sens rigoureux, non au sens de « délire émotif » de Morel, qui décrivait sous ce nom des états obsédants plutôt que délirants.

L'ANXIÉTÉ DANS LE SYNDROME HYSTÉRIQUE

L'hystérie est une forme particulière de cette aptitude constitutionnelle à l'altération de la vérité, à la fabulation, à la simulation et au mensonge, que Dupré a décrite sous le nom de *mythomanie*.

Dans l'hystérie, la fiction mythopathique organisée par le sujet est d'ordre spécial : elle est apparentée de très près à l'illusion, plus ou moins sincère, du comédien, qui, par le geste, l'attitude et la mimique, met en scène le rôle d'un personnage imaginaire, qui tend à se substituer, dans une certaine mesure et pour un certain temps, à sa personnalité véritable ; mais l'hystérique joue et mime autre chose que des épisodes, plus ou moins dramatiques, de la vie courante ; son activité mythopathique est d'ordre essentiellement *médical* ; elle a pour caractère distinctif de reproduire et de contrefaire, avec un degré d'inconscience variable, les maladies, les *syndromes pathologiques*. Tandis que le mythomane ordinaire fabule surtout au moyen de paroles, par un réaction à peu près exclusivement psychique, le mythomane

hystérique fabule par la *mise en œuvre de symptômes*, dans une *réaction psycho-somatique*.

L'hystérique est à distinguer du *pathomime* de Dieulafoy qui, par l'application d'agents extérieurs, le plus souvent de caustiques, c'est-à-dire par une sorte de *maquillage* de sa personne physique, simule des lésions relevant de la *pathologie externe*, tandis que l'hystérique met en scène, directement, par son *jeu* et sa *mimique*, des syndromes appartenant presque uniquement à la *pathologie interne*.

L'un de nous a écrit, avec Dupré, dans une formule un peu schématique, mais qui résume bien notre pensée : « Le mythomane ment surtout avec son esprit ; l'hystérique ment surtout avec son corps. » Rappelons enfin que ce mensonge est plus ou moins inconscient et suppose un certain degré d'illusion, sans lequel il se confondrait avec la simulation.

Les éléments de la fabulation hystérique sont puisés, comme l'avait montré Charcot, comme y a insisté Bernheim, et comme Babinski, dans d'admirables travaux, l'a définitivement établi, à la double source de l'*hétéro* et de l'*auto-suggestion*.

Le syndrome fictif est souvent réalisé, soit par *imitation* de maladies dont le spectacle a impressionné le sujet, soit d'après les *indications* qu'il tient de ses lectures, de ses conversations et surtout de l'interrogatoire du médecin, qui, au cours de son examen, évoque, sous forme interro-

gative et dubitative, l'image de symptômes que l'hystérique convertit en manifestations objectives et catégoriques. Dans ces conditions, l'hystérique, pour concevoir les éléments du syndrome fictif, met à contribution, d'une manière prédominante, l'*imagination reproductrice*. Pareil à l'écrivain qui, dans une œuvre évidemment imaginative, compose un roman « historique », ou introduit, dans ses descriptions, de la « couleur locale », il faut bien que le sujet, pour contrefaire des maladies réelles, se soit d'abord renseigné et documenté, même lorsque sa mythomanie s'exerce inconsciemment, en dehors de toute préméditation, et sous la seule inspiration des circonstances et du médecin.

Mais, dans beaucoup d'autres cas, l'anamnèse ne permet pas de remonter à une suggestion extérieure, ayant servi de point de départ à l'organisation fictive. Souvent, d'ailleurs, l'affection présente une symptomatologie très individuelle, parfois même inventée de toutes pièces. On invoque, alors, d'une manière prédominante, dans la pathogénie de l'accident hystérique, l'*auto-suggestion*, c'est-à-dire, plus simplement, l'*imagination créatrice*.

En résumé, l'hystérie peut donc se définir : la *mythomanie, plus ou moins inconsciente, des syndromes pathologiques*. Proche parente des *délires d'imagination* [1], l'hystérie peut être considérée comme une forme de *fabulation en action*, à

1. L'hystérie est à la simulation des maladies ce que le délire d'imagination est au mensonge.

thème médical et à *moyens d'expression mimiques et plastiques*. C'est, selon le mot que l'un de nous a proposé avec Dupré, de la mythoplastie (de μυθος, fable, et de πλάζειν, façonner, modeler).



Quels sont les rapports de l'hystérie avec l'*anxiété*? Deux données classiques, en apparence contradictoires, doivent être retenues :

1° L'hystérique, au cours de son affection, fait preuve très fréquemment d'une sérénité singulière, d'une indifférence remarquable à l'égard de son état morbide ; souvent même, il paraît s'y complaire.

2° Cependant, l'émotion, la peur, l'anxiété, ressenties devant le spectacle d'une maladie impressionnante, ou à la suite d'une discussion, d'une contrariété, d'un affront, d'un traumatisme, etc.., figurent, pour presque tous les auteurs, parmi les moments étiologiques les plus habituels des accidents hystériques, et, plus particulièrement, de la *crise* hystérique classique. Il est banal de répéter que l'hystérie se développe *à la suite des émotions*.

Cette question de l'importance des troubles affectifs, et notamment des manifestations anxieuses, dans la pathogénie des accidents hystériques, se ramène au problème plus

général, et si controversé, des *rapports de l'émotion et de l'hystérie*.

MM. Babinski et Dagnan-Bouveret[1] semblent l'avoir résolu par la négative. Ils concluent :

1° « Que l'émotion (émotion-choc) ne peut pas, par elle-même, provoquer l'apparition d'accidents hystériques.

2° « Qu'elle s'oppose même à leur développement et à leur persistance ;

3° « Que ces accidents, pour apparaître, ont besoin de l'intervention d'une idée suggérée, — soutenue, il est vrai, par des états affectifs systématiques, — idée dont ils ne sont que l'expression. »

Comme MM. Babinski et Dagnan-Bouveret, nous pensons que la suggestion hystérique a besoin, pour se développer, de l'intervention d'une *idée* ou, plus précisément, d'une image, d'un *processus imaginatif*, dont elle n'est que l'extériorisation, la réalisation concrète et plastique. Elle est de nature, non pas émotive, mais *imaginative*.

Mais, si la suggestion hystérique n'est pas de nature émotive, s'ensuit-il que l'émotion ne figure jamais, en aucune manière, à son étiologie ? Nous ne le pensons pas.

Sans doute l'émotion ne peut jamais provoquer, « par elle-même », l'apparition d'accidents hystériques. Mais, si l'on inscrit au dossier de l'émotion l'hémorragie cérébrale

1. J. Babinski et J. Dagnan-Bouveret, Émotion et Hystérie. *Journal de Psychologie*, mars-avril 1912.

survenue au cours d'une colère ou d'une peur chez un artério-scléreux, ne peut-on également admettre, au compte de l'émotion, des troubles hystériques que cette émotion n'est cependant pas seule à déterminer? C'est peut-être se montrer trop rigoureux sur la conception théorique et la définition de la *cause*, que de lui demander, pour la qualifier comme telle, d'être « l'antécédent inconditionnel » de Stuart Mill, d'être nécessaire et suffisante, pour produire, *à elle seule*, l'effet considéré. Il est rare, sans doute, surtout dans les sciences biologiques, de rencontrer une cause de cette espèce, tous les phénomènes, dans la nature, apparaissant comme conditionnés par une série complexe et indéfinie de facteurs principaux et accessoires.

Quoi qu'il en soit, *dans l'ordre des faits cliniques*, on reconnaît couramment aux manifestations morbides des causes multiples, aucune d'entre elles ne se montrant, d'ordinaire, capable de produire, à elle seule, le phénomène considéré : *cause déterminante*, par exemple : le bacille de Koch dans la tuberculose pulmonaire ; *cause prédisposante*, par exemple, le tempérament lymphatique c'est-à-dire le terrain opposé à la graine, la prédisposition, qui est, selon le mot de Hanot, « les deux tiers de l'étiologie » : la cause *occasionnelle*, par exemple : le refroidissement, dans la tuberculose pulmonaire, ou même l'émotion, qui n'est pas sans influence ; les causes *favorisantes*, etc. ; sans compter l'hérédité, qui est « la cause des causes ».

Que l'émotion ne soit jamais la cause déterminante, *efficiente*, de la suggestion hystérique, cause à peu près de même importance que le bacille de Koch dans la tuberculose pulmonaire, c'est ce que nous pensons, comme MM. Babinski et Dagnan-Bouveret : sans quoi, la suggestion hystérique serait effectivement de nature émotive. Mais, que l'émotion intervienne, dans le mécanisme de la suggestion hystérique, à titre de cause, soit *prédisposante*, soit *occasionnelle*, c'est ce qui nous paraît difficilement contestable.

Cause prédisposante, elle l'est, comme MM. Babinski et Dagnan-Bouveret le reconnaissent, et pour les raisons qu'ils indiquent : « Les ébranlements physiques et surtout les secousses morales peuvent amoindrir la personnalité, affaiblir le sens critique, augmenter la suggestibilité et... préparer le terrain à la suggestion. » Et les auteurs comparent très justement « cette augmentation de la suggestibilité sous l'influence de l'émotion à celle de la fatigue et de certaines intoxications », en particulier, l'intoxication par le haschish.

Nous croyons aussi que l'émotion peut intervenir, dans la genèse de l'hystérie, à titre de *cause occasionnelle*. A cet égard, il convient de distinguer *trois sortes d'occasions émotives* :

1° L'émotion *faible*, insuffisante à provoquer la réaction imaginative ou à diminuer le contrôle qui la réprime.

2° L'émotion d'intensité *moyenne*, ou même quelquefois

faible et minime, mais, en tout cas, de nature à exalter l'automatisme imaginatif et, en même temps, à suspendre l'exercice du contrôle personnel. C'est l'*émotion hystérogène*, pour les sujets prédisposés.

3° L'émotion *intense*, puissante et profonde : elle peut abolir le pouvoir de contrôle, mais, du même coup, elle inhibe, elle paralyse la réaction imaginative. Selon la formule de MM. Babinski et Dagnan-Bouveret : « Quand une émotion sincère, profonde, secoue l'âme humaine, il n'y a plus de place pour l'hystérie. » C'est là une des grandes lois de la vie affective : l'intensité même des émotions, — et notamment des émotions anxieuses, — inhibe et paralyse un grand nombre de leurs manifestations les plus ordinaires. La réaction de fuite, provoquée habituellement par l'émotion de la peur, cesse dans l'horreur d'une épouvante extrême, qui coupe au sujet bras et jambes et le cloue sur place. La fuite en est-elle moins un effet de la peur ? Elle est, pour parler avec une exactitude rigoureuse, l'effet d'un *certain degré* et d'une *certaine forme* de la peur.

Ce qu'il faut invoquer, pareillement, dans l'étiologie de l'accident hystérique, ce n'est pas l'émotion *maxima*, qui paralyse l'imagination et lui coupe les ailes, c'est l'émotion *optima* :

a) *Émotion optima*, en raison d'abord de son *intensité, d'ordinaire moyenne*, propice, d'une manière générale, aux envolées de l'imagination. « Mauvais père ! », disait Veuil-

lot à Victor Hugo, après la publication des Contemplations : ces « variations prosodiques » sur la mort de sa fille ne prouvaient pas, sans doute, comme le voulait Veuillot, que la douleur du poète n'avait pas été grande, mais elles attestaient assurément qu'elle s'était apaisée.

b) *Émotion optima*, en raison surtout de sa *qualité*, plus encore que de son intensité. Cette qualité, cette forme d'émotion que les classiques ont toujours considérée comme un facteur étiologique important de l'hystérie, c'est, par exemple, la blessure d'amour-propre, la *contrariété*, qui provoque une émotion souvent disproportionnée à sa cause ; c'est encore le dépit amoureux, où la coquetterie n'exclut pas l'émotion vraie, etc ; bref, toute une série d'émotions qui ne sont, en général, ni très faibles, ni très fortes, et qui ont surtout ce caractère particulier d'apparaître comme des *réactions d'interpsychologie*, souvent *sexuelle* ; ce sont des émotions dont la mise en scène est d'ordinaire éclatante et publique, auxquelles l'entourage assiste, se mêle et prend part, et dont il se montre plus ou moins vivement impressionné.

Babinski a insisté, avec un sens clinique remarquable, sur les *associations hystéro-organiques*, si fréquentes, et qu'il est si important de déceler, pour ne pas méconnaître, derrière la réaction psychique, l'affection somatique. On voit alors un sujet, qui ne s'était pas présenté, jusqu'à ce moment, comme un mythomane, amplifier des troubles authentiques,

en rapport avec une lésion avérée, convertir une monoplégie en hémiplégie, une paralysie motrice en paralysie sensitivo-motrice, etc... Dans ces conditions, l'affection organique a joué le rôle de *cause occasionnelle*, à l'égard des troubles hystériques ; elle a révélé, sensibilisé l'aptitude psychopathique latente.

Ce qui est vrai des lésions organiques est vrai aussi des manifestations objectives de l'émotion.

Considérons la *crise de nerfs*, d'observation clinique fréquente, du moins dans ses formes légères ou moyennes. Elle peut se présenter dans *trois conditions* différentes :

1° C'est une *crise émotive simple* : cas fréquent. L'accès émotif se traduit par des manifestations d'ordre spasmodique : convulsions toniques et cloniques, boule émotive ; puis larmes et sanglots, et, souvent, débâcle polyurique ; cet accès garde, en général, en raison de sa sincérité même, un caractère relativement discret et comme effacé ; le sujet a plutôt la pudeur que la coquetterie de son émotion.

2° L'attaque de nerfs peut être encore la *crise hystérique classique*. Elle est moins fréquente que la précédente : c'était la grande hystérie d'autrefois, conséquence de la suggestion médicale, hystérie d'école, épisode sensationnel au cours d'une présentation de malades ou d'une séance d'hypnotisme ; on n'observe plus guère maintenant cette crise de nerfs factice et théâtrale, *reproduction à froid de la crise émotive vraie*, dont elle n'est que la contrefaçon mythopathique.

3° L'attaque de nerfs peut être encore —, et c'est surtout la forme sous laquelle la crise hystérique se survit, en particulier dans le milieu familial — incomplète et *mitigée* : crise émotive authentique, mais souvent légère, *continuée et amplifiée* par la réaction hystérique. L'émotion agit alors, vis-à-vis de l'hystérie, à la manière d'une association hystéro-organique ; c'est une *association hystéro-émotive*. L'élément émotif, objectif et authentique, sert à la tendance mythopathique : 1° de suggestion, 2° d'ébauche ; elle éveille la réaction imaginative et elle lui prépare les voies : elle collabore au roman qu'elle inspire ; et l'hystérie n'a plus, pour ainsi dire, qu'à prendre la suite de l'émotion. C'est une illustration du mot de Lasègue : « On ne simule bien que ce qu'on a. » On simule surtout *par voie d'exagération*.

En fait, beaucoup d'hystériques, notamment les *hystériques à crises*, présentent, en partie ou au complet, les attributs de la *constitution émotive* : signalons en particulier les troubles vaso-moteurs, comme le *dermographisme*, si fréquent, et les troubles moteurs, par exemple la *vivacité des réflexes rotuliens*, qui a fait dire, si longtemps, que l'hystérie peut exagérer les réflexes, ou encore la tendance aux spasmes, la *spasmophilie*, dont « la boule » n'est qu'une des multiples manifestations. Dans tous ces faits, sur le terrain commun de la déséquilibration émotive et imaginative, l'émotion intervient cliniquement comme une *cause occasionnelle*

de la suggestion hystérique. C'est là un cas nouveau de ces états polypsychopathiques, de ces rencontres incessantes de déséquilibres variés, qui se révèlent et se sensibilisent mutuellement.

Nous conclurons donc :

La suggestion hystérique n'est *pas de nature émotive ou anxieuse*, mais *imaginative*. Et l'émotion, avec ou sans caractère anxieux, figure à l'étiologie de la suggestion hystérique, au même titre qu'elle peut participer à l'étiologie de la plupart des réactions imaginatives, en général : elle n'est *jamais la cause efficiente* ; mais elle est souvent la *cause prédisposante* et la *cause occasionnelle*.

L'ANXIÉTÉ DANS L'ÉPILEPSIE

L'épilepsie mentale se caractérise essentiellement par des accès qui succèdent aux accidents convulsifs ou les remplacent ; ce sont les *crises post-paroxystiques* et les *équivalents* psychiques de l'épilepsie.

Le trait dominant de cet état mental, c'est la brusquerie, la violence, la brutalité des réactions psycho-motrices ; c'est l'impulsivité aveugle et l'agressivité sanguinaire. L'anxiété ne figure que comme élément accessoire et contingent dans ce tableau symptomatique. Même quand l'individu paraît se croire entouré d'ennemis et lutte contre un danger imaginaire, on observe, bien plutôt que de l'anxiété proprement dite, un état d'irritation *coléreuse*, à manifestations explosives, d'une impétuosité parfois forcenée : c'est la *fureur épileptique*. Dans cette crise, le malade, à la différence de l'alcoolique, ne fuit pas, d'ordinaire : il *attaque*, il prend l'offensive, il fonce, il se précipite, en proie à une sorte de *raptus homicide*. Lorsqu'il tue, ce n'est pas tant pour se défendre, comme l'alcoolique subaigu, que par esprit de destruction, par appétit de carnage : et il frappe à coups

redoublés, il s'acharne sur sa victime, avec une férocité presque pathognomonique. C'est une bête fauve, d'autant plus dangereuse que parfois elle a peur.

Puis, l'accès fini, après la scène de violence et de meurtre, le malade s'endort d'un sommeil profond ; à son réveil, il ne gardera pas le souvenir de son crime. L'homicide a été commis dans l'inconscience et il est suivi de l'amnésie, qui sont les deux caractères distinctifs majeurs de l'épilepsie mentale.

Dans toute une série d'autres accidents psychiques, désignés communément sous le nom d'*états crépusculaires*, l'anxiété, lorsqu'elle apparaît, ce qui est d'ailleurs assez fréquent, ressemble à l'anxiété *confusionnelle*, que nous décrirons plus loin ; mais elle s'associe alors à un maximum d'hébétude, d'obtusion, d'égarement et d'automatisme psycho-moteur, avec répétition monotone des propos et des gestes, brusquerie imprévisible des réactions, impulsivité coléreuse et agressive, qui dénoncent la nature comitiale de la crise.

On sait que *l'aura* psychique de certaines crises convulsives consiste précisément en un état brusque et poignant de terreur immotivée, d'anxiété indéfinissable et d'angoisse parfois atroce. On a décrit, d'autre part, des *équivalents anxieux* de la crise comitiale, dont la symptomatologie est analogue à celle de l'aura. Rappelons enfin combien est fréquente, chez les épileptiques, à titre de trait du caractère, l'*anxiété hypocondriaque*, souvent en rapport avec des malaises cénesthésiques divers.

L'ANXIÉTÉ NEURASTHÉNIQUE

L'étiologie et la séméiologie de la psycho-névrose neurasthénique peuvent se résumer dans cet élément clinique essentiel : *la fatigue*. La neurasthénie, c'est le *syndrome de fatigue pathologique, mentale et nerveuse*.

C'est un état morbide intermédiaire aux psychopathies constitutionnelles et aux psychopathies acquises. Car, dans sa forme ordinaire : neurasthénie *épisodique et curable*, elle suppose un maximum d'étiologie occasionnelle ; et cependant, la fatigue ne s'exerce ici, le plus souvent, sauf peut-être dans certaines neurasthénies traumatiques ou prédémentielles, qu'aux dépens d'une fragilité particulière psycho-neurologique, d'une moindre résistance à l'effort mental et physique, d'une *exhaustibilité*, — selon le mot des auteurs anglais, — qui est un trait du tempérament individuel. Dans sa forme chronique : *neurasthénie constitutionnelle* proprement dite, la cause provocatrice peut être insignifiante et pratiquement nulle ; le moindre effort est prétexte à la fatigue : se lever, s'habiller, marcher, réfléchir,

converser, écrire, vivre enfin, tout devient, pour le sujet, sans cesse exténué d'avance, labeur pénible, surmenage écrasant. En présence de cette asthénie continue et profonde, on serait parfois tenté de porter le diagnostic de maladie d'Addison, si les autres signes de l'insuffisance surrénale ne faisaient complètement défaut. Ajoutons que cette fatigue est surtout *subjective* : elle est constituée par la *sensation de l'asthénie* beaucoup plutôt que par l'asthénie vraie, objective, telle qu'on l'observe dans l'addisonnisme. C'est comme une cénestopathie de la fatigue.

Les *symptômes physiques* de la neurasthénie sont classiques : céphalée en casque, douleurs erratiques, craquements dans la nuque, plaque sacrée, insomnie, atonie gastro-intestinale, impuissance génitale, etc.

Les symptômes *psychiques* consistent en fatigue intellectuelle, difficulté douloureuse d'accomplir un effort de pensée et de volonté, libération de l'automatisme psychologique, rumination des idées et des images, mentisme, etc.

Le malade constate sa fatigue ; il souffre des multiples manifestations psychiques et physiques de son épuisement. Il s'en inquiète, sans doute à juste titre, mais aussi, presque toujours, avec une exagération évidente. L'incapacité intellectuelle, l'impuissance génitale, l'insomnie, les troubles digestifs, les points douloureux, les malaises cénesthésiques provoquent des idées pénibles, avec crainte de ne pouvoir guérir et parfois accès de désespoir ou même tentatives de suicide.

L'*anxiété du neurasthénique* est donc, avant tout, *d'ordre hypocondriaque*.

Elle diffère de *l'anxiété obsédante* : car, la fatigue n'est pas considérée par le malade comme un état dépendant de sa volonté, il *n'a pas à lutter* contre elle ; il n'y a pas de conflit, pas de « siège », pas d'obsession à proprement parler. Il s'agit de rumination anxieuse, de préoccupations, d'attention morbide appliquée aux modifications de la cénesthésie ; c'est une *introspection* minutieuse, une sorte d'auscultation inquiète et continuelle des moindres perceptions anormales.

L'expectation anxieuse ajoute aux phénomènes initiaux d'asthénie nerveuse des troubles nouveaux, névralgiques et cénesthésiques, sortes d'*illusions* de la sensibilité interne et externe, que suscite l'activité créatrice de l'imagination sous la suggestion du sentiment. La conscience du pathologique s'exalte, chez ces malades, avec une acuité singulière, et devient elle-même un des facteurs étiologiques du tableau morbide.

Cette anxiété se distingue encore de celle de la *mélancolie* : car, dans la neurasthénie, la dépression n'est pas foncière, l'inhibition généralisée de l'activité psychique fait défaut ; l'instinct de conservation n'est pas atteint ; et ce que la fatigabilité diminue ou supprime, ce sont les *moyens* d'agir et de vivre, mais non le *goût* même d'agir et de vivre. Souvent, d'ailleurs, la mélancolie, à ses débuts ou à sa phase de

déclin, ressemble de très près à la neurasthénie, parce que l'inhibition psychique est, à ce stade, incomplète et mal caractérisée. Mais on ne retrouve pas les mêmes antécédents de surmenage aigu ou de fatigabilité chronique ; les signes physiques de la névrose font défaut ; et, dans l'activité psychique, l'absence d'attrait pour les choses, la lenteur de l'idéation et du mouvement l'emportent sur le sentiment de fatigue et la sensation de courbature.

Enfin, la neurasthénie, par son étiologie occasionnelle et par quelques-uns de ses symptômes (difficulté d'assembler les idées, amnésie, mentisme, etc.) se rapproche de la *confusion mentale*. Cependant, si la fatigue peut entraîner la confusion, elle ne la provoque pas nécessairement. Il est remarquable, inversement, que, dans les psychoses confusionnelles, créées par le surmenage et l'épuisement, le sentiment d'asthénie et de fatigue n'est plus le symptôme primordial de la maladie ; parfois même, il fait complètement défaut. La neurasthénie est, non seulement l'état morbide qui relève de l'*étiologie fatigue*, mais encore et surtout, celui dont le tableau se résume dans le *symptôme fatigue*. Dans la neurasthénie constitutionnelle, où la fatigue est presque uniquement subjective, la précision de l'auto-analyse et de l'introspection attestent la parfaite lucidité de l'esprit ; en revanche, on observe plus fréquemment des éléments de confusion et d'obnubilation dans la neurasthénie acquise, dont l'étiologie occasionnelle est maxima.



Il est assez rare que la neurasthénie constitue un syndrome autonome et isolé.

1° Elle figure, très souvent, à titre de *complication*, au cours des affections les plus diverses, et notamment, de l'anxiété constitutionnelle, des obsessions, de la dépression mélancolique, etc. On peut alors aisément reconnaître et dissocier, plus ou moins intriqués parmi ceux de l'affection initiale, les symptômes d'ordre neurasthénique (lassitude mentale, difficulté de réflexion et d'action, céphalée, courbature, douleurs erratiques, etc.).

2° La symptomatologie habituelle de la neurasthénie est, en grande partie, une *séméiologie d'emprunt*. La fatigue psycho-physique sensibilise le déséquilibre émotif constitutionnel. Elle provoque, avec une fréquence particulière, chez les sujets prédisposés, l'apparition ou la recrudescence d'*obsessions* vraies, qui viennent s'ajouter aux simples préoccupations anxieuses. On conçoit aisément par quel mécanisme, en exagérant la disposition anxieuse, d'une part, et en libérant l'automatisme mental, de l'autre, la neurasthénie peut favoriser le conflit conscient et douloureux des éléments dissociés de la personnalité, c'est-à-dire l'obsession. En pareil cas, les *obsessions* sont *symptomatiques de neurasthénie* : elles disparaissent, d'ordinaire, plus

ou moins complètement, avec la psycho-névrose qui a provoqué leur éclosion.

En résumé, la neurasthénie comporte des réactions anxieuses de caractère assez spécial, et de nature surtout hypocondriaque : elle sensibilise, d'autre part, l'anxiété constitutionnelle et la prédisposition aux obsessions. Mais, inversement, il convient d'insister sur cette notion capitale que l'émotion, et en particulier l'émotion anxieuse, entraîne souvent à sa suite la neurasthénie, à titre de complication. Car l'*émotion est une forme de surmenage psychique et physique* : c'est une des plus fréquentes et des plus graves. Et, lorsque l'anxiété et la fatigabilité constitutionnelles se rencontrent chez un même sujet, on devine quel échange continuel et complexe de mauvais procédés peut s'établir entre ces deux facteurs pathogéniques.

« L'émotion intense ou répétée, écrit Dupré, peut produire la neurasthénie, puisqu'elle est une cause de fatigue du système nerveux ; et à ces cas s'applique la définition de Dejerine, qui voit dans la neurasthénie un « syndrome de préoccupation émotive ». Mais la pathogénie émotive de la neurasthénie est beaucoup plus conditionnée par la faiblesse de résistance du système nerveux que par l'émotion elle-même. Car on voit de grands émotifs ne jamais devenir neurasthéniques. Par contre, la neurasthénie, constitutionnelle ou acquise, favorise l'émotivité ; et tout système ner-

veux, originellement débile, ou secondairement débilité dans sa résistance, offre un terrain propice au développement de la constitution émotive. »

Pour Freud, l'anxiété neurasthénique reconnaît une pathogénie parfaitement claire et univoque : la masturbation.

L'ANXIÉTÉ DANS LES CÉNESTOPATHIES

Les *troubles cénesthésiques*, qu'on observe si communément et sous tant de formes, dans les psychopathies les plus diverses, peuvent s'isoler, perdre leur caractère habituel d'élément secondaire et symptomatique, et, par leur importance exclusive ou prédominante, constituer le *symptôme essentiel* du tableau morbide. Voici un malade qui se plaint d'éprouver, dans son arrière-gorge, une sensation pénible et continue d'obstruction et de resserrement. Il n'y a *pas de lésion organique,* comme en fait foi l'examen de l'oto-rhino-laryngologiste, comme en témoignent aussi les déplacements de ce malaise, qui, dans certains cas, quitte son siège primitif, pour s'installer dans une autre région (nez, larynx, œsophage, etc.), avec des caractères analogues. Ce malaise cénesthésique *n'est pas symptomatique d'une altération neurologique ni d'un délire.* Il s'agit, en réalité, d'un *trouble cénesthésique primitif et essentiel*, sans altération nécessaire de l'émotivité, de l'intelligence ou de la personnalité. Ces faits, relativement fréquents, de si haute importance cli-

nique et diagnostique, pour le médecin comme pour le chirurgien, ont été isolés par Dupré et Camus[1], sous le nom, maintenant classique, de *Cénestopathies*.

Parmi les troubles primitifs de la sensibilité, les cénestopathies, telles que les entend Dupré, ont droit à une place à part, nettement définie.

On a décrit, en effet, avant Dupré, sous le nom d'*algies* et de *topoalgies*, des troubles, plus ou moins isolés, de la sensibilité : mais, en pareil cas, l'impression pénible est : 1° relativement *superficielle* ; 2° plus ou moins nettement *localisée* ; 3° d'ordinaire *aiguë*, et plus voisine de la *douleur* proprement dite que du malaise cénesthésique, vague et diffus ; en résumé, la topoalgie, trouble sensitif plus ou moins superficiel et localisé, se limite, la plupart du temps, à un *simple point douloureux*. Cette altération de la sensibilité pourrait être assez bien désignée, comme on l'a fait, sous le nom de *névralgie, d'origine psychique ou centrale* : elle suscite, en effet, le plus souvent, des difficultés de diagnostic avec les *névralgies, d'origine périphérique* : les faits de glossodynie ou de coccygodynie, certains cas de « névralgisme » facial ou sciatique, etc., représentent des exemples classiques de ces troubles sensitifs, superficiels et localisés, de nature psycho-névropathique.

Ces topoalgies ont été considérées et décrites par certains

1. Dupré et Camus. *Les Cénestopathies*. Encéphale. Décembre 1907.

auteurs comme des troubles douloureux de la *cénesthésie*. Cette interprétation est légitime, si l'on prend le mot de cénesthésie dans le sens très général de : *sensibilité non sensorielle* ; d'après cette définition, les névralgies, aussi bien superficielles que profondes, et la douleur en général rentrent dans le domaine de la cénesthésie.

Mais, le mot cénesthésie peut être pris dans un sens plus précis et plus conforme à l'usage courant : il désigne la *sensibilité commune* qui, à l'état normal, se manifeste surtout dans l'intimité des tissus, au niveau des *organes* et des *viscères*. C'est la sensibilité, par excellence, de la *vie végétative*. Le propre de cette sensibilité est de se traduire dans la conscience, non par des données sensorielles plus ou moins claires, ni par des modifications sensitives plus ou moins aiguës, mais par une impression profonde, vague et diffuse, de bien-être ou de malaise, par une *perception obscure et intime de nos organes*, qui nous renseigne sur leur présence, leur étendue, leur structure et leur mouvement. Les *cénestopathies* sont précisément les *perturbations de ces éléments ordinaires de la sensibilité commune*. Elles s'*opposent donc*, dans une certaine mesure, aux *topoalgies* ; elles ne conduisent pas à discuter, en général, le diagnostic de névralgie, mais de viscéropathie. Elles intéressent autant, et même plus, le chirurgien que le médecin et le neurologiste. Elles sont caractérisées par des malaises, plus ou moins sourds, diffus et profonds, non d'un point, mais d'*une*

région de l'économie, d'un organe ou d'un viscère ; Dupré et Camus ont ainsi distingué et décrit des cénesthopathies céphaliques, cervicales, thoraciques, abdominales, etc.

L'*anxiété du cénestopathe* est une anxiété *secondaire*, parfois entièrement légitime, souvent aussi exagérée par les *dispositions hypocondriaques* du sujet. Celui-ci court les consultations médicales ; il s'adresse à son médecin habituel, puis au spécialiste : il consulte l'oto-rhino-laryngologiste, le gastrologue, le chirurgien des voies génito-urinaires ; et ces praticiens, souvent après intervention infructueuse ou nuisible, finissent par envoyer le malade, en désespoir de cause, au neurologiste, et, quelquefois même, au psychiatre, dont il relève.

Le malaise lui-même du cénesthopathe doit à son origine cénesthésique des caractères spéciaux : diffus, vague et profond, il est souvent *angoissant*. Il énerve, agace et inquiète par son imprécision même, par sa nature insolite, indéfinissable et inexprimable, échappant aux comparaisons courantes, qui valent surtout pour la description des éléments de la sensibilité sensorielle ou de la sensibilité à la douleur. Le malade se plaint que tel ou tel de ses organes est bouché, encombré ou anormalement creux, rétréci ou distendu, disloqué, tordu, ratatiné, déplacé, congestionné, anémié, ramolli, etc. Ce malaise persistant et continu, à siège diffus et régional, évoque, dans l'esprit du sujet, l'idée d'une *affection interne* grave et incurable, par exemple d'un cancer.

Dans quelques cas, intermédiaires aux topoalgies et aux cénestopathies, l'altération morbide de la sensibilité des organes ne se traduit plus par une modification anormale et *gênante* des éléments ordinaires de la *sensibilité commune*, mais précisément par des manifestations *douloureuses*, plus ou moins *aiguës et localisées* : névralgie rénale ou intestinale, certaines cardialgies, certaines céphalées, etc. Ce sont des faits, en quelque sorte mixtes, de cénestopathie à caractère névralgique.

Enfin, le trouble cénestopathique, sous forme de malaise, ou même de douleur aiguë, peut faire partie intégrante de certains syndromes complexes, intéressant souvent à la fois la sensibilité, la motricité et la sécrétion d'un organe profond : tel est le cas de certaines *dyspepsies nerveuses* ; il s'agit alors de *déséquilibres nerveux viscéraux multiples*, d'origine psychique ou sympathique.

Dans son évolution, le syndrome cénesthopatique est remarquable par sa *persistance immuable*, à l'état plus ou moins isolé, pendant des mois et des années, avec pronostic ordinaire d'incurabilité ; en l'absence de lésion comme de délire, c'est, en quelque sorte, une *hallucinose* de la sensibilité commune.

L'ANXIÉTÉ DANS LES PSYCHOPATHIES ACQUISES

Après l'étude de l'anxiété dans les *psychopathies constitutionnelles*, dont l'étiologie prédominante réside dans le tempérament même du sujet, et dont la symptomatologie exprime, avant tout, l'état continu et l'exaltation paroxystique d'une personnalité morbide, nous abordons l'étude de l'anxiété dans les *psychopathies acquises*, dont l'étiologie prédominante réside dans l'intervention d'une influence étrangère à la constitution cérébrale du sujet, et dont la symptomatologie exprime, avant tout, non l'efflorescence directe d'une personnalité, mais sa détérioration par une cause accidentelle.

La distinction entre ces deux groupes d'affections psychopathiques présente un intérêt nosologique de premier ordre. Elle peut apporter à la psychiatrie les éléments d'une classification scientifique, fondée à la fois sur l'étiologie et la clinique.

La conception originale de ces deux groupements nosologiques et leur description première sont l'œuvre et la gloire de l'*école psychiatrique française* : au chapitre des

psychopathies constitutionnelles se rattachent les travaux mémorables et les grands noms de Morel, qui a créé la doctrine de la *dégénérescence*, et de Magnan, qui en a précisé l'application pratique ; l'histoire des psychopathies acquises évoque les noms éminents de Georget, Delasiauve, Lasègue, Chaslin, Séglas et Régis, qui ont isolé le vaste chapitre de la stupidité, de la confusion mentale, et, plus généralement encore, des *psychoses toxi-infectieuses*.

Un rapide parallèle entre l'étiologie, le tableau clinique et le traitement de ces deux grandes classes d'affections mentales, acquises et constitutionnelles, permettra de faire comprendre à quel point il est essentiel, en présence de troubles psychiques, et notamment d'un état anxieux, de reconnaître auquel de ces deux ordres de faits se rattache le syndrome observé, et de fixer, dans les cas complexes, la part qui revient à chacun d'eux dans le déterminisme des accidents.

1° *Étiologie*. — Dans les *psychopathies acquises*, d'origine extra-constitutionnelle, l'étiologie se ramène en définitive, à l'ensemble des causes pathogènes : intoxication, infection, traumatisme, etc..., dont l'intervention domine l'histoire de presque toutes les affections médico-chirurgicales. C'est par l'intermédiaire de ces psychopathies acquises que la médecine mentale se rattache le plus étroitement à la *médecine générale*.

Dans les *psychopathies constitutionnelles*, l'étiologie peut

se résumer d'un mot : la *dégénérescence mentale*. Mais il convient de préciser le sens des termes et la valeur des idées. Morel avait conçu l'idée et le mot de dégénérescence dans une acception trop large. « Les dégénérescences, disait-il, sont des déviations maladives du type normal de l'humanité, héréditairement transmissibles, et évoluant progressivement vers la déchéance. » Aussi place-t-il en tête de sa classification étiologique la dégénérescence par intoxication : l'alcoolique est pour lui un dégénéré. Dans ces conditions, dégénérescence devient à peu près synonyme de maladie ou, du moins, de toute maladie imprimant à l'organisme une modification profonde et durable. Cette extension est abusive. Pour le biologiste, la fleur qui, au cours de son évolution individuelle, perd, sous l'influence des intempéries, ses caractères primitifs, s'écarte sans doute maladivement du type normal de son espèce ; et, pourtant, on ne saurait voir là qu'une simple modification pathologique, plus ou moins définitive, mais non une dégénérescence véritable ; car, s'il y a déviation de l'individu par rapport à l'espèce, il n'y a pas déviation par *voie de génération* ; ce n'est pas aux conditions mêmes de la procréation que le trouble actuel doit son origine, mais à l'action intercurrente d'une cause extérieure : il s'agit de *déformation* acquise, non de *malformation* originelle. De même, en pathologie mentale, une démence qui n'est pas due à une involution par prédisposition psychopathique, mais à une destruction par infec-

tion ou intoxication, ne constitue pas, à proprement parler, une dégénérescence.

Supposons, maintenant, pour revenir à notre comparaison première, que la fleur détériorée par les intempéries se reproduise et donne naissance, par l'intermédiaire d'un *germe dystrophique*, à une fleur, cette fois *malformée*, présentant les *stigmates*, permanents ou évolutifs, d'une procréation défectueuse : c'est alors que le botaniste pourra prononcer, à bon escient, le mot de *dégénérescence* biologique. De même encore, en psychiatrie, la débilité et la déséquilibration mentales ou les démences d'involution, qui traduisent par leurs symptômes l'insuffisance et la perturbation originelles du terrain psychique, appartiennent, de plein droit, au chapitre de la dégénérescence ; elles révèlent une défectuosité native, ayant atteint l'être humain aux sources mêmes de sa personnalité morale, dans son principe et dans son germe, *ab ovo*. La tare fondamentale s'est imprimée dans la substance nerveuse, au moment de la fécondation, de la vie fœtale et de l'accouchement, c'est-à-dire au stade initial où s'élabore et s'organise la structure intime de l'être, sa *constitution* psychique et physique. Il s'agit bien là d'une infirmité engendrée par voie de procréation défectueuse, d'une vraie dégénérescence ou plutôt de *dysgenésie* ou de *paragenèse*, ayant présidé au développement d'une constitution morbide, d'une *diathèse* psychopathique.

2° *Symptomatologie*. — Ce qui fait l'intérêt principal

de cette étiologie dégénérative ou dysgénésique, s'exerçant par l'intermédiaire du germe dystrophique, c'est qu'elle peut susciter toute une *pathologie mentale*, qui porte en elle-même, jusqu'à un certain point, dans ses symptômes et son évolution, la signature de son origine constitutionnelle. Le père était *alcoolique* : le fils sera *obsédé* ; il n'héritera pas de l'anxiété, d'ordre toxi-infectieux, et de l'onirisme hallucinatoire terrifiant ; il éprouvera une *autre forme* d'anxiété, *d'ordre dégénératif*, avec lutte consciente et douloureuse entre les éléments discordants de sa propre personnalité psychique. La confusion mentale du père s'est transformée, chez le fils, par voie de procréation dégénérative, en déséquilibration constitutionnelle. Cette pathologie est, du moins à ses débuts, non une transmission, mais une *création* de l'hérédité ; et le propre de cette hérédité dysgenésique est précisément que, par elle, *le fils ne ressemble plus à ses parents*. La *pathologie mentale philogénique*, dont il faut chercher l'étiologie dans l'histoire même de la race, a fait suite à la *pathologie mentale ontogénique*, dont l'étiologie se rattache seulement à l'histoire de l'individu.

Dans beaucoup de cas, les *psychopathies constitutionnelles* possèdent un ensemble de caractères cliniques particuliers qui permet de les reconnaître scientifiquement : elles se traduisent, alors, dans leurs manifestations les plus typiques, par les différentes modalités, soit de la *débilité*, soit de la *déséquilibration* mentales : insuffisance du jugement,

et, surtout, du contrôle intellectuel et de l'inhibition volontaire, émotivité, obsessions, impulsions, mythomanie, disposition paranoïaque, perversions instinctives, etc. Lorsque ces insuffisances ou ces déséquilibres se révèlent, chez certains individus à hérédité vésanique souvent chargée, par des *stigmates permanents* psychiques et physiques, avec *exacerbations épisodiques* plus ou moins fréquentes, la *dégénérescence mentale domine toute l'existence du sujet* ; elle imprime à ses réactions habituelles, simplement anormales, comme à ses paroxysmes, franchement morbides, une allure caractéristique : ce groupe nosologique répond aux *folies des dégénérés* de Magnan.

La constitution anxieuse, telle que nous l'avons décrite, avec possibilité de recrudescences passagères et souvent récidivantes, sous forme d'accès de psychose anxieuse, représente un des éléments les plus habituels et les plus importants de cette déséquilibration psychique à symptomatologie *polymorphe*, avec ou sans *syndromes épisodiques*.

De même, dans les *psychopathies acquises*, la seule étude des symptômes permet souvent d'affirmer, presque à coup sûr, l'origine accidentelle et la nature toxi-infectieuse des accidents. Nous décrirons, tout à l'heure, dans un chapitre à part, l'anxiété confusionnelle et ses différentes modalités.

3° *Traitement.* — On conçoit enfin, en raison de la distinction qu'il convient théoriquement d'établir entre ces deux ordres de psychopathies, d'ailleurs souvent associés,

dans la pratique, chez un même sujet, que leur traitement respectif puisse être, au moins dans les cas types, essentiellement différent.

Dans les *psychopathies acquises,* la cause est accidentelle et contingente ; la thérapeutique est *étiologique et curatrice.* On peut souvent guérir, d'une manière complète et définitive, l'anxiété confusionnelle, parce qu'il est possible d'en supprimer la cause, qui est individuelle et contingente.

Dans les *psychopathies constitutionnelles,* au contraire, pour faire disparaître la cause efficiente et profonde, il faudrait supprimer l'individu lui-même : car l'étiologie de l'affection réside dans la structure même de son système nerveux : elle lui est consubstantielle. La thérapeutique individuelle sera donc, en pareil cas, surtout *symptomatique et palliative.* On ne peut pas guérir, par exemple, la constitution anxieuse ; on peut tout au plus en atténuer les accidents ou, mieux encore, les prévenir, dans une certaine mesure, en supprimant leurs causes favorisantes. Le vrai traitement serait d'ordre *ethnique et social*: il s'attaquerait, non à la constitution morbide, résultat de la procréation défectueuse, mais précisément aux causes premières qui ont pu provoquer la pathologie acquise des ancêtres, aux toxi-infections qui, frappant les générateurs dans leur fonction de reproduction et leur plasma germinatif, ont présidé à la déchéance de la race ; il consis-

terait dans l'application rationnelle de la *puériculture* de Pinard, entendue au sens large que lui donne cet auteur, c'est-à-dire dans la prophylaxie de la dégénérescence mentale elle-même, dans la réalisation des conditions normales de la conception, de l'incubation et du développement initial de l'enfant, bref, dans l'*eugenésie* opposée à la *dysgenésie*.

L'ANXIÉTÉ DANS LA CONFUSION MENTALE

Le sens du mot *confusion mentale* n'est pas univoque. Certains auteurs désignent, en effet, sous ce nom, tous les *accidents psychiques d'origine toxi-infectieuse*, même quand l'observation la plus attentive ne peut déceler, dans le tableau morbide, aucun symptôme d'obnubilation. C'est substituer l'étiologie à la clinique. La dénomination de confusion mentale, au contraire, avait été réservée à ses débuts, dans l'œuvre capitale de P. Chaslin, aux états psychopathiques dont le symptôme prédominant et caractéristique était la *confusion*, c'est-à-dire la torpeur des opérations psychiques supérieures aboutissant à l'obnubilation de la conscience, au ralentissement et à l'incoordination des idées, avec amnésie fréquente après la crise. Cette notion, d'ordre clinique, avait pour complément cette autre notion, d'ordre étiologique : la confusion mentale est l'*expression psychique par excellence des états toxi-infectieux*. La confusion mentale, comme la folie héréditaire de Morel, présentait donc cet intérêt primordial d'isoler une séméiologie, qui apportait,

en quelque sorte, avec elle, sa marque d'origine et, qui, *par la seule observation du malade*, permettait de *remonter du symptôme à la cause*.

Nous distinguerons *trois formes* de confusion mentale :

1° Dans certains faits de confusion mentale, et plus particulièrement au cours des infections, la *torpeur* des opérations psychiques supérieures est l'élément prédominant du tableau clinique. C'est la confusion mentale classique, celle que Chaslin et Séglas ont décrite, après d'autres auteurs, notamment Georget et Delasiauve, et dont ils ont eu le grand mérite de préciser le tableau clinique et la signification nosologique. Cette forme de confusion se caractérise essentiellement par le ralentissement de l'idéation et l'obscurcissement de la conscience. C'est, en effet, la vivacité et la *clarté* de l'intelligence qui sont électivement atteintes. Le faisceau des associations mentales complexes, qui assure la *lucidité* normale, se relâche et se dissout : l'attention volontaire, la perception et l'identification des objets, l'évocation et la reconnaissance des souvenirs, l'élaboration des idées et l'organisation des jugements, tout est imparfait, inachevé, incertain, difficile, trouble et comme embrouillé.

L'individu reste obtus, égaré, interrogateur, perdu dans le milieu extérieur et dans sa propre pensée comme dans un monde inconnu. La netteté de l'idéation s'altère et s'efface, un peu de la même manière que l'acuité visuelle de l'homme normal s'émousse, dans la pénombre du crépuscule ; ou

plutôt, c'est la clairvoyance de l'esprit qui s'obscurcit, de même que, chez un sujet normal sur le point de s'endormir, la conscience se voile et s'assoupit, dans l'état de torpeur et d'engourdissement qui précède l'inertie d'un sommeil profond.

État crépusculaire et *somnolence,* tels sont en effet les mots qui spécifient le mieux cette *forme torpide* de confusion mentale, décrite d'abord par Esquirol et par Georget, sous les noms expressifs de *démence aiguë* et de *stupidité.*

2° Mais la torpeur de l'activité psychique n'a pas seulement pour effet, dans le sommeil pathologique comme dans le sommeil normal, l'arrêt des fonctions psychiques supérieures ; elle déchaîne, souvent aussi, l'automatisme psychologique, qu'elle libère du contrôle de la critique et du frein de la volonté. A la torpeur et au ralentissement des opérations mentales supérieures s'associent alors *l'excitation et l'accélération des processus inférieurs* de la vie automatique.

Chez l'homme qui dort, mais dont l'automatisme veille, une *vie seconde,* plus ou moins intense, riche et mouvementée, surgit des profondeurs de la conscience : c'est le *rêve.* De même, chez le confus, plongé dans le sommeil pathologique, une *vie seconde* anormale prend forme et se déroule : mais, cette fois, l'éréthisme psychique, au lieu de rester purement interne, comme chez le dormeur, s'extériorise : la

représentation mentale déborde sur le monde réel et devient hallucination ; elle se traduit en parole et en acte ; le malade s'agite, court, gesticule et se démène. Il dort, et, cependant il paraît éveillé, à la manière d'un *somnambule*. Comme l'avait si heureusement exprimé Lasègue, étudiant, à l'Infirmerie spéciale, les troubles psychiques de l'alcoolisme subaigu : ce délire « n'est pas un délire, *c'est un rêve* ». Et c'est un « rêve vécu ».

Un tel état peut paraître, à une observation superficielle, bien éloigné de la confusion mentale torpide et de la stupidité. Régis, dans des travaux mémorables, a rattaché, avec un sens étiologique et clinique profond, ce tableau morbide à la confusion mentale, dont il n'est, en effet, qu'une manifestation : car le rêve de l'automatisme n'est que le corollaire du sommeil des fonctions psychiques supérieures. Régis a décrit, sous le nom, maintenant classique, d'*onirisme*, ce *rêve en action* du confus.

3° Il est une troisième forme de confusion mentale.

Cette forme peut s'installer d'emblée, mais, souvent aussi, elle est consécutive aux deux premières. Voici un malade atteint de fièvre typhoïde, avec accidents psychopathiques : au début de l'affection, il se montrait, dans la journée, obnubilé, désorienté, obtus, égaré, interrogateur : c'était le tableau de la confusion mentale torpide.

Mais, la nuit, et quelquefois même dans la journée, le malade s'agitait : il quittait son lit et croyait se livrer à l'exercice de sa profession ; il apercevait des ennemis imagi-

naires, et tentait de s'enfuir, au comble de la terreur. Délire de rêve, avec hallucinations visuelles prédominantes : c'était le tableau clinique de l'onirisme.

Mais ce malade est entré en convalescence. Il ne présente plus l'inertie et le ralentissement psychiques du début. D'autre part, il n'est plus agité et n'a plus d'hallucinations. La psychose toxi-infectieuse réalise maintenant un autre aspect symptomatique, une *autre forme clinique* : le sujet, malgré sa lucidité relative, ne conserve pas, ou ne conserve que très imparfaitement, le *souvenir des faits récents*. Sa mémoire, plus ou moins atteinte dans son ensemble, est surtout frappée dans son pouvoir de fixation. C'est encore de la confusion, car souvent cette désorientation amnésique pourra guérir et la mémoire n'est qu'entravée, engourdie et obnubilée.

Mais, ici comme dans la période précédente, à la faveur de l'inertie des fonctions mentales supérieures, l'automatisme psychologique peut s'exalter et s'émanciper. Il le fera dans d'autres conditions et d'une autre manière que dans l'onirisme proprement dit. L'intégrité relative de la perception du présent s'oppose, par l'apport incessant des images réductrices, à l'extériorisation de l'éréthisme psychique sous forme d'hallucinations visuelles prédominantes. Les manifestations de l'automatisme ne seront plus d'ordre psychosensoriel, mais *imaginatif* : au rêve hallucinatoire succédera la *fabulation*.

Nous avons[1] rapproché cet *onirisme essentiellement imaginatif* du processus de la *rêverie* normale. C'est une sorte de *rêverie pathologique* et de vie seconde, non plus projetée dans l'avenir et le possible, comme la rêverie normale, mais reportée dans le passé et *confondue avec le souvenir*.

Cette *amnésie* et cette *fabulation rétrogrades* peuvent d'ailleurs appartenir aussi bien à la démence qu'à la confusion et le syndrome de l'*amnésie fabulante*, isolé par Kahlbaum et Wernicke, sous le nom de Presbyophénie, relève, selon les cas, soit de la rêverie *confusionnelle*, au cours des états toxi-infectieux, soit de la rêverie *démentielle*, au cours des états d'affaiblissement psychique susceptibles de révéler les prédispositions imaginatives du malade : c'est pourquoi le syndrome « presbyophénique » se rencontre, avec une particulière fréquence, dans la psychose de Korsakoff, comme y a insisté Dupré, et dans la démence sénile, selon la conception de Kraepelin.

En résumé, la confusion mentale, symptomatique des états toxi-infectieux, peut revêtir trois modalités principales, que nous caractériserons dans ces trois formules schématiques :

1° *Somnolence et ralentissement* psychiques : c'est la *stupidité*.

1 Devaux et Logre, *Amnésie et Fabulation*. Nouvelle iconographie de la Salpêtrière, 1911.

2° *Rêve et hallucinations* : c'est l'*onirisme*.

3° *Amnésie et fabulation* : c'est la *rêverie confusionnelle*.



A chacune de ces trois formes de confusion mentale correspond un mode particulier d'*anxiété* morbide.

1° *Stupidité*. Lorsque cette stupidité est poussée jusqu'à la stupeur, l'anxiété paraît nulle : les manifestations affectives sont abolies comme le reste de l'activité mentale.

Mais, le plus souvent, la suspension des opérations psychiques n'est pas totale : il n'y a qu'entrave, empêchement, engourdissement. Et l'individu réagit, dans une certaine mesure, contre sa torpeur, dont il a plus ou moins nettement conscience. Il est étonné, ahuri, interrogateur ; il porte la main à son front, il fait effort pour mieux voir et reconnaître les objets, pour mieux saisir les événements et la conversation, pour mettre de l'ordre et de la clarté dans le chaos de ses perceptions et de ses idées. Il en résulte une sorte d'inquiétude et de *désarroi*, de nature assez particulière.

Tantôt, le sujet se plaint de ne pouvoir penser, d'être « idiot », d'être « stupide ». Tantôt, il s'alarme des dangers dont il se croit menacé, dans ce monde nouveau pour lui, où tout lui paraît incompréhensible et redoutable. C'est un état d'esprit assez analogue à l'effroi que l'homme sain tend à éprouver naturellement dans l'ombre et dans la

nuit, à l'heure où toute forme est un spectre confus, mystérieux et fantastique. C'est, si l'on veut, la peur du roi Lear, égaré, par un soir d'orage, dans la lande peuplée de fantômes.

2° *Onirisme*. Que cette inquiétude et ces illusions se précisent et s'aggravent, que le ralentissement psychique se tranforme en agitation, alors la confusion mentale réalisera le tableau classique de l'*onirisme*, caractérisé par son rêve en action, avec hallucinations visuelles ; dans cette forme de confusion, l'*anxiété*, inconstante mais fréquente, peut dominer la scène morbide. Cette anxiété *confusionnelle et onirique* présente, par exemple dans l'*éthylisme subaigu*, que nous prendrons pour type de notre description, une symptomatologie tout à fait spéciale, à la fois pittoresque et dramatique.

Cette anxiété s'identifie avec la *peur* : c'est une sorte de *terreur panique*.

La cause de cette anxiété est projetée par le sujet, dans le *milieu extérieur*, sous la forme d'un danger *présent* et, le plus souvent, visible. En pareil cas, le rêve de l'onirisme est un rêve terrifiant, c'est un *cauchemar*. Le malade évolue au milieu d'objets redoutables et de personnages malfaisants, d'origine en grande partie hallucinatoire, dont les forces hostiles se conjurent pour le perdre. Le mal n'est plus en lui, comme chez l'obsédé ou le mélancolique. Il n'est pas davantage dans l'inimitié personnelle d'un autre homme. Le

confus a peur de *tout ce qu'il perçoit* (hallucinations, illusions, perceptions vraies).

Il a peur des *choses* : voici l'incendie, l'inondation, l'éboulement, le tremblement de terre...

Il a peur des *animaux* : voici les lions qui vont le dévorer, la meute des chiens qui le déchirent (polynévrite) ; voici les serpents, les rats, les punaises, la « vermine »...

Il a peur des *hommes* : voici les brigands, les Prussiens, les apaches, les amants de sa femme, etc.

Cette anxiété est à projection objective, et surtout *visuelle*. Le malade s'écrie : « Ils sont là : je les vois ! » Et il désigne du doigt ses ennemis.

Les hallucinations sont *multiples* : elles défilent et se succèdent avec rapidité : c'est une série ininterrompue d'événements effroyables, c'est une troupe, une bande, une cohue d'ennemis et d'assassins.

Elles sont *mouvementées*. La foule menaçante des êtres et des choses s'agite, accourt, se presse et fonce sur le malade épouvanté.

Elles sont *colorées* : voici le rouge du sang, le jaune flamboyant de l'incendie, le noir du deuil et des ténèbres !

Cette terreur s'accompagne, le plus souvent, de frissons et de tremblement. Parfois même elle réalise le tableau clinique du *delirium tremens*. L'individu tremble parce qu'il a peur et il a peur parce qu'il tremble. Au tremblement s'ajoutent des troubles sécrétoires, notamment les sueurs, et des troubles

vaso-moteurs : le visage est vultueux, l'œil injecté, brillant et humide. Et ces manifestations périphériques de l'anxiété sont inconscientes : le malade, accaparé tout entier par la fantasmagorie terrifiante qui se déroule dans son imagination et devant ses yeux, ne se plaint pas de son angoisse : il n'éprouve son anxiété que sous la forme psychique de la terreur.

Un autre caractère majeur de cette anxiété est sa *prédominance nocturne*. C'est à l'*heure du sommeil* qu'elle s'exaspère électivement, et non le matin, comme l'anxiété constitutionnelle. Longtemps avant l'accès subaigu, le sujet, dans ses *cauchemars*, avec réveils en sursaut, éprouvait déjà toutes les terreurs de l'anxiété onirique. Au cours de l'épisode confusionnel, le *réactif de la nuit* est ordinairement décisif : l'agitation nocturne démontre l'origine toxi-infectieuse de l'anxiété. De même encore, cette anxiété s'accroît dans l'*obscurité*. Le demi-jour d'un appartement mal éclairé, l'ombre qu'on fait tout à coup dans une pièce, provoquent la réapparition ou la recrudescences des hallucinations. Inversement, la lumière vive, un éclairage intense diminuent, dans une certaine mesure, l'éréthisme psycho-sensoriel et calment l'anxiété. Enfin, les premières lueurs de l'aube dissipent souvent les hallucinations, comme le chant matinal du coq, dans les légendes, faisait évanouir les fantômes.

L'anxieux onirique est éminemment *suggestible* ; il présente plusieurs formes de suggestibilité : *a*) *suggestibilité imaginative* : l'interrogatoire ou un événement extérieur, un

simple bruit suffisent parfois à provoquer de la fabulation extemporanée, d'ordinaire fantastique et macabre ; *b) suggestibilité hallucinatoire* : le malade, surtout dans l'ombre, pour peu qu'on l'y incite, aperçoit des brigands, des bêtes fauves, mais, plus particulièrement, de petits animaux, des rats, des poux, des punaises, etc. Cette suggestibilité hallucinatoire est en effet, le plus souvent, à la fois *zooptique* et *micropsique*. Le sujet se débat, avec horreur et dégoût, au milieu de cette « vermine », qu'il écrase sous son pied ou entre ses doigts. Il aperçoit aussi, spontanément ou par suggestion, des fils, qui entravent ses mouvements, enveloppent ses organes ou remplissent sa bouche ; et il les dévide, sans relâche, ou les enroule autour de ses doigts.

Enfin l'*imagination*, qui, nous venons de le voir, intervient pour une large part dans la suggestibilité de l'onirisme subaigu, s'associe toujours, plus ou moins étroitement, au processus hallucinatoire par lequel s'extériorise la terreur du confus. Cette anxiété s'exprime parfois, d'une manière élective, ou même exclusive, chez certains sujets prédisposés, par des *fabulations*. L'intensité de la réaction imaginative peut alors donner au tableau de l'anxiété onirique un aspect tout particulier : le confus qui, lorsqu'il est halluciné, fuit presque toujours et presque jamais n'attaque, vient raconter au commissaire de police qu'il a tué sa maîtresse ou qu'il a fait un grand carnage de cambrioleurs ou de Prussiens ; lui qui, au cours de l'onirisme hallucinatoire, est seulement

menacé, mais rarement atteint, par un danger auquel il se soustrait par la fuite, il raconte et décrit comme des réalités les supplices que ses bourreaux lui auraient fait subir : on l'a poignardé, écharpé, coupé en morceaux, rôti à la broche, ou fait cuire « à la crapaudine », etc. Ces *auto-accusations* macabres et, plus généralement, ces *fausses dépositions*, d'origine *souvent imaginative*, constituent, dans le délire éthylique, une des conséquences médico-légales les plus curieuses et les plus importantes de l'anxiété confusionnelle. Ces accidents, d'ordinaire rapidement régressifs, sont parfois assez difficiles à distinguer de l'*idée fixe post-onirique*, souvenir, plus ou moins tenace, d'un simple cauchemar ou d'un accès d'onirisme hallucinatoire.

Le *moyen de défense* de l'anxiété onirique est presque constamment le même : c'est la *fuite* devant le danger visible et présent. Le malade a toujours l'impression de n'échapper à la mort qu'*à une seconde près,* dans une situation critique où la *lutte n'est même plus possible* : et il se sauve éperdument, avec précipitation et désordre, par la porte ou par la fenêtre, dans un *raptus anxieux*. Il se sauve, mais le danger s'attache à ses pas. Ses ennemis se ruent derrière lui, à la débandade, le couteau à la main ou le revolver au poing ; c'est une *chasse à l'homme,* d'allure cinématographique. On le serre de près. On lui crie : « On va le tuer ! nous l'aurons ! » Dans sa peur des brigands, l'anxieux onirique manifeste d'ordinaire un grand respect pour les autorités consti-

tuées et la force publique. Il va se réfugier au commissariat, où il demande secours, au comble de l'épouvante, essoufflé, fébrile, couvert de sueurs et tremblant de tous ses membres. Et là, bien différent du paranoïaque, qui, au nom de la justice, requiert l'arrestation de tel ou tel ennemi personnel, il implore, dans sa détresse, l'assistance et la protection des agents contre une « bande d'apaches », contre toute une « nuée » d'assaillants.

Il est rare, dans cette fuite affolée, que l'anxieux confusionnel attaque l'entourage. L'alcoolique, plus particulièrement, n'est qu'*un poltron qui fuit*. Ce n'est pas un agresseur. S'il tue, c'est pour se défendre, par exemple lorsqu'on vient pour l'arrêter et le désarmer. Dans d'autres intoxications, comme l'éthéromanie ou l'absinthisme, cette peur passive peut faire place à l'irritation coléreuse, et nous avons déjà décrit la fureur sanguinaire de l'épileptique.

En règle générale, le confus est dangereux surtout pour lui-même. Souvent, il *se tue*. Mais il ne s'agit pas alors d'un suicide, à proprement parler. Il se tue par maladresse et précipitation : en fuyant, dans sa confusion et son émoi, il a pris une fenêtre pour une porte, ou il s'est jeté à la rivière, croyant continuer son chemin dans la rue. D'autres fois, il se blesse et se mutile : il se heurte, en courant, contre un mur ; qu'on regarde sa main et son poignet droits : on verra, souvent, que le malade, en brisant une vitre pour s'échapper, s'est ensanglanté ; il porte des éraflures multiples et plus ou moins

irrégulières ; quelquefois même, il s'est ouvert l'artère radiale. C'est au poignet gauche, au contraire, que le mélancolique porterait une ou plusieurs plaies linéaires, pratiquées de la main droite, au moyen d'un couteau ou d'un rasoir, dans une intention suicide.

3° *Amnésie fabulante*. Lorsque l'anxiété se développe au cours d'états confusionnels, plus ou moins chroniques, dont la psychose de Korsakoff est l'exemple le plus commun, le sentiment d'insécurité, qui est fréquent, s'exprime surtout par des *fabulations macabres*. L'élément hallucinatoire a disparu. C'est la *rêverie toxique* ; et cette rêverie conserve des caractères affectifs assez analogues à ceux de l'anxiété onirique.

« Ce genre de fabulation, écrivent Devaux et Logre, porte, bien souvent, l'empreinte de l'élément onirique dont il procède : il est, la plupart du temps, de caractère professionnel, mouvementé, fantastique, terrifiant. Dans les cas, notamment, où l'étiologie toxi-infectieuse s'impose, on peut dire que la *rêverie toxique* fait suite ou se substitue au rêve toxique, en conservant la même modalité générale d'association d'idées et les mêmes dispositions sentimentales. »

Cette rêverie toxique, lorsqu'elle succède à un état onirique, est parfois difficile à distinguer de l'*idée fixe post-onirique*, ou même du souvenir des *cauchemars* nocturnes, qui peuvent faire suite ou se substituer au rêve en action de l'onirisme proprement dit.

« Il y a là, disent Devaux et Logre, toute une gamme d'états, assurément très voisins et souvent combinés, mais qu'une analyse psychologique minutieuse doit tenter de différencier : onirisme, ou rêve pathologique, et rêve normal, qui, l'un et l'autre, relèvent essentiellement d'un trouble d'ordre hallucinatoire ; souvenir de l'onirisme et souvenir du rêve, qui relèvent d'un mécanisme complexe, à la fois d'ordre mnésique et hallucinatoire ; souvenirs plus ou moins inexacts de la vie réelle, relevant d'un trouble plus ou moins isolé de la mémoire ; enfin, fabulation proprement dite, trouble qui n'est ni sensoriel, ni mnésique, mais uniquement *imaginatif.* »



Nous ne pouvons que mentionner ici les diverses *formes d'anxiété toxi-infectieuse*, d'après l'étiologie : l'absinthisme, avec son hyperexcitabilité réflexe et ses réactions motrices violentes ; l'éthéromanie, moins hallucinatoire et plus agressive que l'éthylisme ; la cocaïnomanie, parfois si caractéristique, lorsqu'il existe des hallucinations cutanées ou plutôt sous-cutanées : le malade a l'impression que de la vermine court sous sa peau, et il s'occupe à l'en déloger, en se grattant avec ses ongles, des aiguilles ou des couteaux ; on connaît l'anxiété dramatique des accidents psychiques suraigus du rhumatisme cérébral, la forme souvent anxieuse des réactions confusionnelles dues à l'auto-intoxication par le diabète, la

goutte, l'insuffisance rénale, avec chlorurémie et surtout azotémie, etc.

Rappelons, en outre, que certaines infections, par exemple la tuberculose, à détermination pulmonaire ou cérébrale, et beaucoup d'intoxications, telles que l'opiomanie, la morphinomanie, le haschish, et plus généralement tous les poisons évocateurs de « paradis artificiels », provoquent, d'une manière élective, de l'euphorie et non de l'anxiété, et que cette excitation affective agréable s'exprime cliniquement par un état, non d'onirisme hallucinatoire, mais de *rêverie essentiellement imaginative*, avec ou sans obnubilation.

En dehors des formes de confusion mentale que nous venons d'étudier, les intoxications peuvent encore déterminer des états psychopathiques aigus et transitoires, le plus souvent accompagnés de torpeur et d'obnubilation, surtout lorsqu'ils sont intenses, mais parfois uniquement constitués par des accidents d'excitation affective, intellectuelle et motrice : ce sont les *ivresses*.

P. Garnier[1] a décrit la forme sensorielle, la forme délirante, et la forme excito-motrice de l'ivresse alcoolique.

La *forme sensorielle*, c'est-à-dire hallucinatoire, reproduit dans la plupart de ses éléments, et notamment par la nature de son anxiété, l'onirisme subaigu : elle s'en distingue seulement par sa durée éphémère.

1. P. Garnier, *La Folie à Paris*, Baillière, 1890.

Dans la *forme délirante*, le malade présente des idées de persécution ou surtout d'auto-accusation ; l'anxiété, qui est fréquente, peut revêtir alors l'aspect de la dépression mélancolique : c'est la *morositas ebriosa*. Au cours de ces épisodes ébrieux, aussi bien que dans l'onirisme subaigu, l'activité imaginative, chez les sujets prédisposés, improvise souvent des *récits d'auto-accusation*, parfois très précis et vraisemblables ; et le roman macabre, conçu dans le paroxysme anxieux de l'intoxication aiguë, s'évanouit habituellement, de lui-même, au bout de quelques heures, avec les fumées de l'ivresse.

Enfin, dans la *forme excito-motrice*, — qui rappelle, par certains côtés, la crise épileptique, — l'agitation, la violence, la fureur sont à leur comble ; l'alcoolique, dans sa colère et son angoisse, se démène, hurle, brise les objets, frappe et quelquefois *mord* les personnes : il peut être pris par l'entourage pour « un enragé » : c'est l'*ivresse pseudo-rabique*. Dans d'autres cas, le malade est simplement excité, euphorique, logorrhéique, parfois nullement obnubilé : c'est une sorte d'*hypomanie ébrieuse*, souvent avec état particulier d'attendrissement et de sensiblerie larmoyante, qui trahit l'étiologie du syndrome.

Dans tous ces cas, la prise toxique est ordinairement *récente et massive*. La symptomatologie, d'apparition brusque et d'intensité souvent maxima d'emblée, est presque toujours *transitoire* ; elle dure de quelques heures à quel-

ques jours tout au plus. Et voici comment la crise se termine, en général : le malade s'endort d'un *sommeil* profond et réparateur. Quand il se réveille, amnésique de la scène morbide ou ne conservant plus que quelques lambeaux d'idées délirantes, il est courbaturé, un peu hébété, céphalalgique et vaguement anxieux.



Stupidité, onirisme, psychose de Korsakoff, ivresses pathologiques, toutes ces manifestations si variées comportent, pour la plupart, des éléments caractéristiques d'*obnubilation et de désorientation*. Mais ces accidents confusionnels sont loin d'épuiser la liste des troubles mentaux que peuvent provoquer les intoxications et les infections. Nous distinguerons, assez schématiquement, *deux ordres de faits étiologiques et cliniques* :

a) D'un côté, la *pathologie toxi-infectieuse de l'individu « non prédisposé »*, c'est-à-dire ne présentant pas d'aptitude spéciale aux réactions caractéristiques des psychopathies constitutionnelles. La torpeur du typhique, le cauchemar et l'ivresse de l'éthylique, voilà des conséquences, en quelque sorte *normales*, de l'imprégnation du cortex par le virus typhique ou par l'alcool ; l'éthylisme subaigu lui-même, qui ne s'observe assurément que chez une minorité d'alcooliques, n'en représente pas moins, par l'allure générale de ses symptômes, la réponse en quelque sorte *spécifique* du cerveau

humain à l'agression d'une cause toxi-infectieuse ; cette pathologie, dont la manifestation dominante est l'*obnubilation* psychique, avec ou sans éléments surajoutés, se résume presque tout entière dans le vaste chapitre de la *confusion mentale*.

b) D'un autre côté, la *pathologie toxi-infectieuse du prédisposé* : alors, la confusion est parfois inexistante ; elle est surtout, d'ordinaire, accompagnée, ou même supplantée, à plus ou moins brève échéance, par d'autres syndromes, qui se caractérisent précisément par la *mise en jeu des aptitudes psychopathiques* du sujet : le mythomane fabule; le cyclothymique réagit par la dépression mélancolique ou l'excitation maniaque ; le neurasthénique ressent plus douloureusement sa fatigabilité constitutionnelle et s'en désole ; l'anxieux présente un état d'inquiétude diffuse et pantophobique ; dans ces divers syndromes, si la confusion ne domine pas nécessairement le tableau clinique, du moins l'évolution est-elle souvent réglée par les variations et la disparition de la cause toxi-infectieuse. Mais voici une autre série de faits, dans lesquels la réaction psychopathique peut, beaucoup plus fréquemment, survivre à l'occasion toxi-infectieuse : au cours de l'éthylisme chronique, avec ou sans épisode confusionnel, on voit le paranoïaque ébaucher, et parfois organiser, avec plus ou moins de stabilité, un système d'idées de grandeur et de persécution ; après un cauchemar ou un accès subaigu, voici qu'une idée fixe post-onirique s'implante et s'éternise dans l'esprit du malade ; des interprétations,

fondées souvent sur des troubles cénesthésiques en rapport avec l'intoxication, aboutissent à la construction d'un délire hypocondriaque et de persécution : les hallucinations, parfois à prédominance auditive dès le début, continuent, même quand l'intoxication primitive est guérie, à entretenir et à développer la méfiance et l'orgueil du sujet ; dans certaines observations, la psychose provoquée par l'alcool rétrocède momentanément, par la diète toxique, quitte à reparaître ensuite, à chaque nouvel excès de boisson (délire à éclipse de Legrain); d'autres fois, elle est destinée à poursuivre, malgré le traitement, son évolution chronique et désormais indépendante de l'intoxication initiale. Voici une autre malade, atteinte d'abord de psychose puerpérale, à forme confusionnelle : peu à peu sont apparus, l'emportant bientôt sur les signes d'obnubilation et de désorientation, les éléments bien caractérisés d'un syndrome hébéphréno-catatonique, quelquefois avec affaiblissement intellectuel rapide : en pareil cas, l'infection puerpérale semble bien avoir eu pour conséquence, plus ou moins indirecte, la démence précoce.

La pathologie des infections et intoxications, chez le prédisposé, est donc régie par cette loi, de vérification fréquente : *les éléments de la pathologie constitutionnelle*, mis en jeu par la cause toxi-infectieuse, *prédominent souvent*, dans le tableau clinique et l'évolution, *sur les éléments de la confusion mentale*. Chez le prédisposé, la *pathologie acquise*, toxi-infectieuse, *c'est donc encore*, à beaucoup d'égards, *de la pathologie consti-*

tutionnelle : la réaction psychopathique individuelle se surajoute à la confusion, elle la masque, elle peut s'y substituer, et, souvent, elle lui survit. On conçoit qu'en pareil cas la toxi-infection ne soit plus à vrai dire que la cause indirecte et occasionnelle, mais non la cause essentielle ou efficiente du tableau clinique.

Il est aisé maintenant de préciser quelles sont les *formes d'anxiété* que l'on peut observer *au cours des toxi-infections* : c'est d'abord l'*anxiété confusionnelle*, à titre de réaction en quelque sorte spécifique et permettant de remonter du symptôme à la cause ; mais ce sont aussi, chez les prédisposés, *toutes les manifestations anxieuses*, telles qu'on les rencontre dans les différentes psychopathies constitutionnelles. Le problème étiologique et clinique se complique parfois de ce fait que les psychopathies constitutionnelles peuvent, par l'agitation et l'épuisement qu'elles entraînent, provoquer, à leur tour, l'éclosion d'*accidents confusionnels secondaires*, de sorte que l'anxiété onirique devient alors la conséquence indirecte d'un état mélancolique ou maniaque [1]. Ajoutons enfin que, dans certains cas, une infection, survenant au cours d'un accès de mélancolie anxieuse, détermine, au contraire, une guérison quelquefois immédiate.

1. Cf. la « manie confusionnelle » de certains auteurs, qui se ramène, soit à une forme agitée de confusion mentale, soit à une manie compliquée de confusion. La célèbre crise de folie de Charles VI, dans la forêt du Mans, répond à cette seconde hypothèse (manie, alcoolisme, surmenage, insolation).

L'ANXIÉTÉ DANS LES PSYCHOSES TRAUMATIQUES

L'histoire tout entière des psychoses traumatiques peut se résumer dans cette formule schématique, empruntée à Dupré : « Commotion, émotion, simulation, revendication ».

a) La *commotion* réalise très souvent un état particulier d'*asthénie* psychique et physique : c'est la *neurasthénie traumatique*, rappelant, par l'ensemble de ses caractères, la neurasthénie due à la fatigue, aux émotions et aux toxi-infections ; mais, ici, l'éclosion des accidents paraît comporter, au moins dans nombre de cas, un minimum et, peut-être même, l'absence totale de prédisposition ; la neurasthénie traumatique est le type le plus accompli de la *neurasthénie acquise*. Le symptôme dominant est la fatigue continue, ou plutôt la fatigabilité, avec *incapacité d'effort* intellectule et physique. Nous avons déjà décrit l'*anxiété neurasthénique* et sa tendance élective aux préoccupations hypocondriaques, par introspection minutieuse des éléments anormaux de la cénesthésie.

Dans d'autres circonstances, et, en particulier, quand le blessé est un éthylique ou un artério-scléreux, la commotion provoque des accidents dont le tableau clinique se confond avec celui de la *confusion mentale* et des psychoses toxi-infectieuses. La commotion cérébrale se traduit par le « rêve en action », avec désorientation, terreurs, hallucinations visuelles, fugues, etc. L'anxiété, lorsqu'elle existe, présente alors les traits habituels de l'*anxiété onirique*.

Après les traumatismes graves, la commotion peut s'accompagner de *lésions* plus ou moins diffuses, aboutissant à une *démence traumatique*, souvent à prédominance de troubles amnésiques : on observe encore très fréquemment, dans ces démences, un syndrome de neurasthénie traumatique, mais avec indifférence, apathie, ou *anxiété niaise*, préoccupations puériles, sensiblerie.

b) *L'émotion*, lorsqu'elle a été vive au moment de l'accident, ou lorsqu'elle se développe, comme il arrive parfois, plus ou moins longtemps après le danger (émotion retardante), peut avoir pour expression les différentes réactions affectives, intellectuelles et motrices, que nous décrirons tout à l'heure, au chapitre des *psychoses émotives*.

Mais il convient d'insister ici sur une forme d'anxiété particulière aux accidentés : c'est l'*hypocondrie traumatique*, avec ou sans neurasthénie associée. Le malade s'inquiète de sa blessure et des conséquences qu'elle peut entraîner : l'*expectation et l'introspection anxieuses* exagèrent

les troubles sensitifs, cénesthésiques, moteurs, vaso-moteurs et sécrétoires que le traumatisme a suscités. Toute une séméiologie complexe s'organise par voie de *suggestibilité, d'ordre émotif et anxieux*, et s'ajoute aux désordres primitifs ; dans cette association symptomatique, les troubles organiques et les troubles psycho-névropathiques ne suivent pas toujours une évolution parallèle. On peut voir les topoalgies et les malaises cénesthésiques survivre à la lésion primitive et persister indéfiniment. Parfois même se constitue un véritable *délire hypocondriaque*, avec idée fixe d'impotence fonctionnelle, conceptions absurdes sur la pathogénie des troubles sensitifs et moteurs, croyance à « l'anémie cérébrale », à une « maladie de la moelle », à la tuberculose, au cancer, etc., conviction d'incurabilité et de mort prochaine ; enfin, assez souvent, tentatives de suicide.

c) L'*exagération*, plus ou moins intentionnelle, qui redouble l'intensité des troubles morbides au moment des visites médicales, résulte d'une espèce de *fabulation complémentaire*, dans laquelle la réaction imaginative se greffe sur l'élément organique ou anxieux, l'exploite et le met en scène. Le malade débite avec complaisance l'histoire interminable de ses malaises ; il pleure abondamment ; il tremble avec une ampleur inaccoutumée ; il étale, il exhibe avec ostentation ses cicatrices, sa déformation, sa paralysie. Le récit qu'il fait de ses maux exalte sa propre tristesse et il s'apitoie lui-même sur son sort avec un surcroît, plus ou moins sincère,

d'anxiété. Mettre en évidence cette majoration des symptômes est chose d'ordinaire facile ; mais ce qui est plus malaisé, c'est de fixer la part respective de l'exagération émotive et de l'exagération intentionnelle. Enfin, même quand le mensonge paraît établi sur un ou plusieurs points, il faut bien se garder d'en conclure que la mauvaise foi est totale. La ponction lombaire, notamment, a permis de vérifier, à mainte reprise, l'existence d'une lésion organique, dans certaines observations dont les symptômes, uniquement subjectifs et en partie mensongers, auraient été, sans ce moyen d'investigation, tenus pour entièrement controuvés. Pour qui connaît les réactions réciproques de l'*imagination et de l'anxiété*, il apparaît manifeste, dans bien des circonstances, que le mensonge lui-même n'est qu'une expression *indirecte*, mais authentique, d'un état d'émotivité profonde, en rapport avec une altération psychique plus ou moins grave et durable. Un bon signe, qui permet de faire la part de l'émotivité anormale, chez les exagérateurs, est la tachycardie continue, sur laquelle a insisté Vibert. Le pouls s'accélère, en outre, dans des proportions anormales, au début de l'interrogatoire médical (120-140 pulsations).

d) La *simulation*, c'est-à-dire la constitution, de toutes pièces, d'un syndrome fictif, est souvent, elle aussi, dans une certaine mesure, à demi inconsciente. Il existe tous les termes intermédiaires entre la simulation proprement dite, intentionnelle par définition, et l'hystérie, « simulation-fabu-

lation, plus ou moins inconsciente et involontaire ». Après les accidents du travail, l'hystérie, si fréquente qu'on l'a désignée d'un nom particulier : l'*hystéro-traumatisme*, se montre quelquefois particulièrement tenace ; elle est alors compliquée, la plupart du temps, d'exagération volontaire et de simulation, au moins partielle. Dans ces faits, où la réaction hystérique et la simulation se greffent sur un *état émotif* et anxieux, souvent puissant, soutenu par un intérêt vital, le *pronostic* peut être *grave* ; le faux paraplégique garde son attitude morbide pendant des mois et des années ; des rétractions tendineuses s'organisent ; et, parallèlement, dans l'esprit du malade, s'établit une sorte d'attitude vicieuse définitive, d'ankylose psychique irréductible ; c'est le passage à la chronicité, au moral comme au physique.

e) La *revendication* est une réaction particulière aux accidentés du travail qui sont *assurés*, ou qui, plus généralement, se croient en droit de réclamer une *indemnité* ; c'est une pathologie presque toute entière créée par la Loi sur les Accidents du Travail. Sa gravité, sa ténacité, assez fréquentes, sont en rapport avec l'intensité et la profondeur de l'*état émotif* sous-jacent. Hypocondrie, avarice et cupidité, et surtout *crainte anxieuse d'être insuffisamment dédommagé* par le jugement prochain, voilà quels sont les facteurs essentiels de cette revendication. Brissaud a donné de cet état d'esprit une description magistrale sous le nom de *sinis-*

trose. La sinistrose, c'est la recherche morbide des dommages et intérêts, c'est la *quérulance de l'accidenté*.

Mais cette quérulance a ceci de particulier que la *procédure*, en pareille matière, est essentiellement *médicale*. *Pratiquement, la sentence, c'est l'expertise*. Dès lors, toute l'émotivité, toute l'activité anxieuse du sujet gravite et se concentre autour de cet *examen médical*, d'où dépend l'issue du procès; c'est dans l'attente et au cours de cet examen que le blessé manifeste et met en œuvre, dans leur extériorisation impressionnante, son anxiété, sa neurasthénie, son hypocondrie, sa « surenchère » émotive et imaginative : c'est pendant l'interrogatoire que la simulation et l'hystérie se documentent, s'organisent ou se perfectionnent ; c'est là que les doléances et les récriminations se donnent libre cours et s'exaspèrent ; c'est là que se confirme, par *auto-suggestion émotive, l'idée fixe d'incapacité fonctionnelle*, aboutissant à une sorte de *fausse impotence*, comme il y a de fausses gastropathies. Mais le blessé, à la différence du faux gastropathe, s'attache à son mal et le cultive ; il en considère la persistance et la gravité mêmes comme les seuls moyens de secours et de salut. Fréquemment, la préoccupation anxieuse et la revendication semblent dominées, dans leur évolution, par l'influence directe de leur cause occasionnelle : *l'anxiété du jugement prochain* ; terminer alors au plus vite la procédure en cours sera le vrai moyen de traitement et de guérison, comme l'avait montré Brissaud. Mais, parfois aussi, les troubles réactionnels, chez les prédisposés,

chez les mythomanes, les émotifs et les paranoïaques, sont disproportionnés à leur cause, et survivent aux circonstances qui les ont fait naître. Après le jugement, l'hypocondrie persiste et se systématise ; l'hystérie s' « ankylose » ; les revendications s'accroissent, se renforcent, se multiplient : parfois, c'est une *psychose de revendication*, qui s'affirme et poursuit son cours, avec l'ensemble de ses symptômes classiques, sa processivité, sa violence, son anxiété quasi-obsédante et son pronostic habituel d'incurabilité. C'est alors que la sinistrose répond le plus complètement à la définition de Brissaud :

« Une sorte de *délire raisonnant* fondée sur une idée fausse de *revendication*. »

L'ANXIÉTÉ DANS LES PSYCHOSES ÉMOTIVES

Les états psychopathiques observés à la suite des *émotions-chocs* ressemblent, par beaucoup de traits, aux troubles mentaux d'*origine traumatique*. En effet, le traumatisme matériel suscite ordinairement des réactions émotives plus ou moins violentes, soit immédiates, soit retardantes. Inversement, l'émotion inattendue et brutale provoque un choc, un traumatisme moral, assez analogue, dans ses effets psychiques, à ceux que produirait un traumatisme matériel.

Nous nous contenterons de rappeler ici les faits dans lesquels, souvent à la suite de l'émotion et de la commotion associées, se développent des états de *neurasthénie acquise*, neurasthénie *émotivo-traumatique* (cf. railway brain, railway spine, etc.), avec fatigue, impossibilité d'effort et préoccupations hypocondriaques multiples. Dans d'autres cas, le traumatisme moral détermine, avec ou sans manifestations psychiques, l'*exagération et la persistance anormales des signes physiques* de l'émotivité : le malade se plaint de tremblement, de battements de cœur, de pollakiurie, de troubles

sudoraux et vaso-moteurs, etc. C'est à ces accidents qu'il convient de réserver le nom de *névrose émotive*, conformément à la conception de Babinski et de H. Meige. Dans les faits si curieux de *polynévrite émotive*, signalés d'abord par Dupré, l'intensité des troubles neurologiques l'emporte également sur celle des troubles psychiques, parfois très minimes.

En dehors de cette neurasthénie, de cette névrose et de ces polynévrites post-émotives, on peut observer toute une gamme de réactions *psychopathiques*, paraissant comporter, les unes un minimum de prédisposition, et les autres, au contraire, certaines aptitudes constitutionnelles, plus ou moins évidentes, que l'émotion n'a fait que sensibiliser.

D'une manière très générale, on peut poser en principe que les manifestations psychopathiques suscitées par l'émotion se révèlent surtout, chez l'individu sensiblement normal, sous la forme de la confusion mentale, qui représente, par excellence, la pathologie acquise de l'homme sain ; chez le prédisposé, au contraire, elles empruntent la séméiologie, soit de l'hyperémotivité constitutionnelle, soit de la plupart des affections mentales classiques : mélancolie, manie, hébéphréno-catatonie, etc.

a) Parfois, en effet, l'émotion-choc, chez des sujets, qui peuvent ne présenter que des *prédispositions psychopathiques minimes*, provoque des troubles cérébraux, plus ou moins intenses, mais dont l'expression clinique n'est *pas essentiellement*

et nécessairement émotive : il s'agit surtout, dans ces faits, de *confusion mentale*. L'anxiété, lorsqu'elle apparaît, s'identifie avec l'*anxiété onirique*, hallucinatoire et terrifiante. Souvent, dans ces conditions, c'est l'épisode émotif lui-même qui, évoqué avec une fidélité saisissante par l'éréthisme mnésique, sert de thème au cauchemar confusionnel. Après un incendie, un déraillement de chemin de fer, un naufrage, un tremblement de terre, le sujet revit la catastrophe ; les scènes de l'accident se déroulent de nouveau devant ses yeux ; il aperçoit les morts et les blessés ; il entend les gémissements et les cris des victimes ; il assiste avec angoisse aux travaux de sauvetage, il y participe ; ou bien, dans une fuite éperdue, il s'échappe, se précipite dans l'escalier ou se jette par la fenêtre ; on doit le maintenir, pour lui épargner la mort que, dans sa course affolée, il peut se donner lui-même, au comble de la terreur et de la confusion.

Dans d'autres exemples, le malade est atteint, parfois aussitôt après l'accident, d'un *automatisme psycho-moteur*, de forme ambulatoire, rappelant de très près l'activité motrice inconsciente, mais plus ou moins bien coordonnée, des épileptiques en état d'absence ou de fugue. Comme dans l'épilepsie, le sujet peut sembler normal, montrer de l'esprit de suite et une certaine pertinence dans sa conduite ou sa conversation. Et cependant ce n'est qu'un automate, qui, d'ordinaire, les jours suivants, ne se rappellera pas la série des actes qu'il aura exécutés avec les apparences d'un homme bien portant.

Il s'agit là d'un véritable *état second*, d'étiologie émotive et anxieuse.

On connaît la fréquence de la *fugue consécutive à l'émotion-choc* : après certaines catastrophes, le sujet saute dans un train, puis, parfois sans donner le moindre signe d'aliénation mentale, arrive à quelque destination éloignée ; et, quand il se réveille de cet état crépusculaire, il est étonné, ne comprend pas ce qui lui arrive et ne se rappelle souvent ni la catastrophe ni sa fuite. Un des éléments les plus communs de ces réactions d'étiologie émotive, c'est précisément l'*absence d'émotion*, la quiétude et l'impassibilité du malade, au cours de l'épisode pathologique.

Parfois encore, l'émotion anxieuse, sans susciter de confusion ni d'automatisme, aboutit à une espèce de suspension, élective et momentanée, de l'émotivité, à une sorte d'anesthésie affective localisée. « Tous les témoins des grandes catastrophes, disent Séglas et Barat[1], ont été frappés par la fréquence avec laquelle était réalisé l'état psychique suivant : le sujet, dont l'apparence, la conduite, le langage, le jugement, le raisonnement, la mémoire sont normaux et qui a pleine conscience de sa situation, envisage celle-ci avec indifférence. »

Dans certaines observations, où la confusion mentale passe à la chronicité et vire à la *démence*, c'est l'hébétude,

1. Séglas et Barat, Le rôle de l'émotion dans l'étiologie des maladies mentales. *Journal de Psychologie*, mars-avril 1913.

l'indolence, l'indifférence qui dominent la scène morbide. L'affaiblissement psychique intéresse souvent, d'une manière prépondérante, la sensibilité morale, l'affectivité. Les *démences post-émotives* sont alors, par un paradoxe d'ailleurs facile à expliquer, des *démences apathiques*.

La confusion mentale, dans l'émotion comme dans les intoxications, peut revêtir la forme spéciale de l'*excitation ébrieuse*. Féré a isolé ces faits, avec une grande justesse clinique et un rare bonheur d'expression, sous le nom d'*ivresses émotionnelles*. On sait que normalement la colère rappelle beaucoup l'ivresse excito-motrice, telle que l'a décrite Garnier. Certains accès de peur ou de désespoir, et plus généralement certaines *réactions anxieuses* suscitées par un accident, une déception sentimentale, la perte d'un être cher, etc., peuvent être également considérées comme des états d'ivresse émotionnelle ; le malade, en proie à une excitation désordonnée, va, vient, s'agite, prononce des paroles incohérentes, se livre à des manifestations déplacées et absurdes, pousse des cris, déchire ses vêtements, s'arrache les cheveux ; parfois, « le trouble affectif s'associe à la reviviscence d'images très intenses, qui prennent, dans les formes graves, un caractère franchement hallucinatoire. Très souvent, les sujets victimes d'un accident sont en quelque sorte poursuivis par le souvenir terrifiant de celui-ci, en même temps qu'ils se sentent étreints de la même angoisse qui les a saisis lors de l'action. Malgré cet état d'anxiété, le

souvenir est, le plus souvent, reconnu comme tel et n'est point confondu avec un fait réel. S'il se présente avec les caractères de la réalité, c'est seulement la nuit, au cours de cauchemars qui sont presque constants les premiers jours et se produisent longtemps encore après la disparition complète des derniers accès. Quelquefois cependant, surtout chez les sujets jeunes à imagination vive, la reviviscence du souvenir peut se produire même le jour et s'accompagner, chez le sujet, d'une croyance absolue à la réalité de la scène tragique » (Séglas et Barat). On peut même observer de la fabulation et une ébauche de délire imaginatif, le sujet racontant, par exemple, qu'il est mort, qu'il est resté sous les décombres d'un tremblement de terre, et refusant de s'alimenter pour ce motif. « La croyance délirante à la réalité de la scène et l'angoisse provoquée par celle-ci subissent, comme dans les cauchemars alcooliques, des variations curieuses, surtout sous l'influence de la lumière, la certitude et la terreur faisant place, par moment, à un état de doute légèrement anxieux, où le sujet s'interroge et s'informe auprès des assistants pour se convaincre qu'il sort réellement d'un rêve. »

Il est intéressant de noter que les exemples d'ivresse émotionnelle que Féré a relatés, et qui sont si remarquables par leur brièveté, le coma qui les termine et l'amnésie qui les suit, ne concernaient que des cas d'émotion joyeuse.

b) Dans une autre série d'observations, le choc émotif, parfois en apparence insignifiant, provoque, chez des sujets

à *prédisposition* d'ordinaire *plus manifeste*, et à constitution anxieuse souvent avérée, des états de perturbation affective, qui, en l'absence d'obnubilation et d'amnésie, n'ont d'anormal que l'*exagération* et la *persistance* des symptômes psychiques habituels de l'émotion. Ce sont des troubles mentaux, à la fois d'*étiologie* et de *symptomatologie émotives*, tandis que la plupart des faits précédents étaient d'étiologie émotive, mais de symptomatologie essentiellement confusionnelle, avec ou sans réactions anxieuses. C'est ainsi qu'on peut voir apparaître et s'organiser, à la suite des émotions, des états d'*anxiété diffuse et pantophobique*. Le sujet sursaute au moindre bruit, il a peur, il est harcelé de préoccupations multiples, il est poursuivi par le souvenir de l'accident, dont il craint le retour ou les conséquences ; il ne peut se consoler de la perte d'une personne chère; son deuil et sa désolation sont interminables, etc.

Parfois, cet état passe à la chronicité ; le sujet qui, auparavant, n'apparaissait pas toujours, avec évidence, comme un déséquilibré de l'affectivité, présente maintenant tous les traits ordinaires de l'anxiété chronique. A la suite d'émotions violentes, et, plus souvent peut-être, à la suite d'*émotions répétées*, on voit alors l'individu devenir et rester un émotif : il a pris l'habitude de l'anxiété. C'est une *constitution émotive*, en *partie acquise* ; ou plutôt, c'est un déséquilibre latent, révélé et sensibilisé par le traumatisme affectif.

La dépression psychique post-émotive peut encore revê-

tir, chez les prédisposés, la forme de la mélancolie affective ; ou bien l'émotion anxieuse provoque un état d'*excitation maniaque*. « Ce ne sont pas, disent Séglas et Barat, les émotions sthéniques (joie, espérance, etc.), qui déclanchent ordinairement l'état d'excitation, mais des émotions brutalement dépressives. »

Enfin, nous ne ferons que rappeler ici les cas où une émotion, d'ordre joyeux ou anxieux, favorise et précipite l'apparition d'un état psychopathique étranger à la symptomatologie ordinaire de l'émotivité aussi bien que de la confusion mentale, comme l'hébéphréno-catatonie ou la démence sénile[1].

1. De ce chapitre de l'anxiété dans les psychoses émotives, il y aurait lieu de rapprocher le chapitre si intéressant de l'anxiété dans les *psychoses collectives*, où l'émotion, et particulièrement l'émotion anxieuse, joue un rôle étiologique beaucoup plus important que l'hystérie. Nous ne pouvons aborder ici ce vaste chapitre dont l'étude, à elle seule, mériterait un ouvrage à part.

L'ANXIÉTÉ DANS LA PARALYSIE GÉNÉRALE

La paralysie générale, variété de syphilis nerveuse, est le type le plus classique de la démence d'étiologie acquise et accidentelle. C'est une infection qui se manifeste d'emblée par des signes d'affaiblissement intellectuel.

Cliniquement, la démence paralytique présente ce caractère essentiel : elle est *globale*. La méningo-encéphalite diffuse atteint à la fois toutes les fonctions psychiques : intellectuelles, affectives et volontaires ; elle abolit, comme y a insisté Dupré, l'*autocritique*. L'individu n'a pas conscience de sa diminution intellectuelle ; il *ne s'en aperçoit pas* ou, du moins, il *ne s'en affecte pas*. Ajoutons que le paralytique est, d'ordinaire, mais non toujours, euphorique, avec sensation de vitalité prodigieuse et de force incommensurable.

Si un tel défaut de contrôle et de critique, avec hypersthénie fréquente, est éminemment propice à l'éveil des réactions imaginatives, il s'oppose, par contre, le plus souvent, à l'éclosion et surtout à la persistance des réactions anxieuses.

Il est rare cependant que l'anxiété ne figure pas, au moins à titre de manifestation accessoire, dans le tableau clinique de la paralysie générale. Nous distinguerons, dans cette maladie, l'anxiété par instabilité démentielle, l'anxiété à forme hypocondriaque, l'anxiété à forme neurasthénique, l'anxiété à forme mélancolique.

1° *Anxiété par instabilité démentielle.* — Les réactions affectives du paralytique général sont, comme ses idées délirantes, essentiellement variables et contradictoires. Aussi voit-on le même sujet, qui, tout à l'heure, se déclarait roi, empereur ou Dieu, se lamenter et donner maintenant tous les signes du désespoir; il se désole, s'irrite ou même se livre à une tentative de suicide absurde, à la moindre contrariété, à la simple évocation d'un souvenir pénible, à l'idée d'un danger réel ou imaginaire, en particulier sous l'empire de préoccupations hypocondriaques. Un malade, qui se prétendait milliardaire et que nous avions prié de nous prêter quelques francs, fondit en larmes parce qu'il ne retrouvait pas son porte-monnaie, et, dans son désespoir, essaya de se précipiter la tête contre les murs. Souvent rien n'est plus facile que de rendre le malade anxieux, au cours de l'interrogatoire, en lui suggérant des idées tristes. A la façon du maniaque, mais, en grande partie, pour d'autres motifs, le paralytique est tour à tour Jean qui pleure et Jean qui rit. Il y a là une sorte de fuite ou plutôt d'*inconsistance démentielle des sentiments*, plus marquée

encore lorsqu'il existe, en même temps, un syndrome d'excitation psychique.

2° Dans d'autres observations, les *idées délirantes hypocondriaques* dominent la scène morbide, avec ou sans réaction associée de dépression mélancolique. Elles aboutissent moins à un délire proprement dit qu'à une sorte de *fabulation* fantastique, variable et contradictoire. Le propre de cette anxiété à forme hypocondriaque, comme de toutes les réactions des paralytiques généraux, est précisément le polymorphisme et l'incohérence des manifestations, avec *exaltation imaginative,* à caractère souvent *colossal.*

« Ce délire, dit Dupré, est surtout un délire d'imagination... Les conceptions atteignent les extrêmes limites de l'extravagance : le délire prend des proportions colossales. Les malades planent, dans leurs rêves, hors du temps et de l'espace ; les expressions superlatives ne suffisent pas à traduire leur puissance ou leur détresse, leur opulence ou leur misère : ils s'attribuent *tous* les mérites, *tous* les titres, *toutes* les richesses, et ce vocable *tout* joue le même rôle caractéristique, dans le langage du paralytique, que le mot *on* dans celui des persécutés. »

Nous avons indiqué déjà comment ce délire dépressif, à thème hypocondriaque, et de formule imaginative, a pour expression naturelle, à l'exemple du délire de Cotard chez le mélancolique, les *idées de négation,* portant sur le monde extérieur et intérieur. Une paralytique, atteinte de

dépression à forme gémisseuse, nous déclarait d'abord que son cou, étreint par une « sensation d'angoisse », était « devenu comme un fil » ; puis elle fut « décapitée », et son corps « se vida ». « Elle allait mourir et il ne resterait plus rien d'elle à enterrer. » Elle ajoutait même que, survivant à son corps, « elle ne pourrait plus mourir comme les autres femmes ». Ce délire de négation, constitué en quelques jours, s'effrita rapidement, laissant subsister le fond de dépression psychique sur lequel il s'était greffé.

3° *L'anxiété à forme neurasthénique.* — La forme neurasthénique, bien étudiée par G. Ballet, Gross et Régis, se caractérise par l'asthénie neuro-musculaire, l'inaptitude au travail, les préoccupations hypocondriaques, la céphalée, la rachialgie, les douleurs erratiques, etc. L'anxiété qu'on y observe rappelle parfois de très près l'anxiété de la psychonévrose neurasthénique, et, dans la période initiale de la paralysie générale, le diagnostic différentiel soulève, dans certains cas, des difficultés presque insurmontables.

« Les symptômes accusés par le paralytique sont plus mobiles, plus variés, plus contradictoires, plus étranges que ceux du neurasthénique simple. Des douleurs extraordinaires, des sensations bizarres, décrites en propos absurdes, des plaintes disproportionnées ; puis des changements à vue, des guérisons subites annoncées avec enthousiasme et suivies de soudaines rechutes constituent un ensemble de

nuances, étrangères à la formule habituelle du neurasthénique vulgaire » (Dupré).

« L'intelligence du neurasthénique est bien plutôt engourdie par moments, bien plutôt épuisée rapidement par l'effort que modifiée et perturbée dans ses manifestations. Le neurasthénique a une intelligence paresseuse ; le paralytique a une intelligence diminuée » (Klippel).

En l'absence fréquente des signes physiques, à la phase de début, la *ponction lombaire* peut apporter un élément de diagnostic précieux, surtout lorsqu'elle est négative ; car la lymphocytose signifie seulement : syphilis chronique ; et, si elle est un signe de présomption en faveur de la paralysie générale, elle peut s'accorder parfaitement avec l'hypothèse de la simple *neurasthénie syphilitique tardive*, décrite par Fournier : cette affection, d'ordinaire régressive, n'est d'ailleurs vraisemblablement qu'une forme atténuée et bénigne de méningo-encéphalite spécifique.

4° *L'anxiété à forme mélancolique.* — L'anxiété de la paralysie générale, qui peut simuler l'anxiété neurasthénique, reproduit aussi le tableau de l'*anxiété mélancolique*. Et, ici encore, avant l'apparition des signes physiques et d'un état démentiel caractérisé, cette anxiété donne parfois le change au diagnostic. En thèse générale, toute mélancolie qui apparaît vers la quarantaine, chez un sujet sans antécédents analogues, doit être particulièrement tenue pour suspecte. La clef du problème clinique est dans la recherche soigneuse

des signes d'affaiblissement démentiel : variabilité, incohérence, contradiction. Les idées délirantes pénibles, dans la paralysie générale, sont souvent « juxtaposées, sans lien logique, à des idées de grandeur absurdes et mobiles... Certains actes, certains gestes pourront servir à établir le diagnostic différentiel : tentative de suicide extravagante, sourire béat, attitude orgueilleuse, qui détonneront avec le reste du syndrome mélancolique » (Dupré). Le sujet proclame en pleurant qu'il est Dieu. Ou bien, rassuré, par quelques paroles, sur ses craintes chimériques, il se déclare tout à coup transformé et propose d'offrir le champagne. Par instants, il ne présente plus d'arrêt psychique ni moteur. Souvent même, au contraire, sa mélancolie est *éperdument imaginative* : ruiné, il doit à ses créanciers des millions ; coupable, il a commis tous les crimes, il a provoqué la fin du monde. Il exprime un délire de riche contenu et d'ampleur grandiose. On pourrait croire à un « *état mixte* » : c'est un assez bon signe qu'il ne s'agit pas de mélancolie intermittente.

Enfin, à côté de ces différentes formes d'anxiété, manifestations diverses de la démence intellectuelle et affective, il faut placer l'*anxiété complication*, d'origine toxique, procédant surtout de ces deux ordres de causes : 1° l'*éthylisme* surajouté ; le paralytique, dans son expansion euphorique, son agitation maniaque ou sa dépression mélancolique, s'adonne à des libations parfois colossales : d'où onirisme hallucinatoire et anxiété confusionnelle ; 2° le *traitement anti-syphili-*

que ; c'est, en effet, un principe d'étiologie, que, dans la recherche des facteurs possibles d'un état morbide, il convient de ne jamais oublier le traitement. Or, le *mercure*, comme l'*arsenic*, a très souvent pour effet, non seulement de ne pas enrayer la marche des accidents, mais d'aggraver l'affection, en adjoignant aux signes de l'affaiblissement démentiel les symptômes de l'*intoxication thérapeutique*. On voit ainsi, au cours du traitement, l'anxiété apparaître ou s'accroître chez le paralytique, avec ou sans symptôme de confusion mentale ; et la suspension des injections supprime ou diminue, d'ordinaire avec rapidité, ces réactions anxieuses, de caractère souvent hypocondriaque ou pantophobique, et dont l'origine toxique est vérifiée par le cortège somatique habituel de l'hydrargyrisme (salivation, diarrhée, tremblement, etc.). On a signalé pareillement l'anxiété intense qui se manifeste parfois, chez le paralytique, comme chez beaucoup d'autres sujets, après les injections de *Salvarsan*, surtout lorsqu'elles sont elles-mêmes pratiquées à la suite de piqûres d'hectine.

L'ANXIÉTÉ DANS LA DÉMENCE SÉNILE

On a pu dire que, si les psychoses juvéniles sont remarquables par l'importance des syndromes moteurs et les psychoses de la maturité par celle des perturbations intellectuelles, les psychoses séniles se signalent par la fréquence et l'intensité des réactions anxieuses. Il n'est pas rare que la *mélancolie présénile ou sénile* soit surtout et *presque uniquement anxieuse*, avec un minimum de dépression intellectuelle et motrice ; elle n'en est pas moins, d'ailleurs, comme les autres formes de mélancolie, assez souvent récidivante ; elle peut avoir été précédée, dans un passé plus ou moins lointain, d'accès de mélancolie franche, et on la voit alterner avec des accidents maniaques. Mais, parfois aussi, elle constitue, dans la vie du sujet, un épisode isolé. On sait enfin que la mélancolie sénile présente une tendance un peu plus marquée à évoluer vers la chronicité ou la démence.

Lorsqu'on observe, chez le vieillard, un état d'involution intellectuelle confirmée (insuffisance de la perception, de la mémoire, du jugement, etc.), il est souvent très difficile de

décider si le trouble anxieux qui l'accompagne est symptomatique de la démence, ou si cette démence est secondaire et doit être considérée comme une complication survenue au cours d'une mélancolie classique.

Séglas a insisté, dans ses leçons, sur cette double éventualité clinique.

a) *La mélancolie est primitive.*

« On rencontre chez le vieillard, dit Séglas, de véritables accès de mélancolie délirante, en tout analogues à ceux qu'on peut observer chez l'adulte. Ces accès mélancoliques, qui surviennent chez des vieillards non déments, sont, en général, comme les accès maniaques apparus dans les mêmes conditions,... le prélude de la ruine des facultés intellectuelles, à plus ou moins longue échéance. » Et Séglas cite un exemple de mélancolie anxieuse, ayant réalisé un syndrome de Cotard.

Maudsley avait donné une admirable description de certains faits de mélancolie sénile, à forme surtout anxieuse, qu'on rencontre principalement chez la femme ; il avait insisté, peut-être avec exagération, sur la gravité fréquente du pronostic, soit immédiat (épuisement, confusion, mort), soit lointain (chronicité, démence).

« Les personnes atteintes de cette affection, écrivait-il, sont extrêmement déprimées et tout ce qu'on leur propose éveille de l'angoisse ; elles se promènent dans leur chambre ou dans leur maison, dans un état d'agitation continuelle. On ne

peut leur persuader qu'elles ne sont pas ruinées et près d'être jetées sur le pavé et qu'un malheur terrible ne les menace pas, elles et leur famille ; elles répètent continuellement les mêmes plaintes, poussent sans cesse des gémissements, interrompus seulement par des cris sauvages, ou des hurlements d'angoisse... Leur perception est très rapide et leur mémoire exacte, malgré leur délire ; et elles ont beaucoup plus de conscience de ce qui se fait autour d'elles qu'on ne le croit ; elles sont très soupçonneuses, passionnées et méchantes en même temps ; elles frappent, égratignent ou pincent ceux qui leur donnent des soins et s'opposent aux services nécessaires qu'on leur rend. Parfois, leur langage est tel que l'on s'étonne qu'elles aient jamais su ce qu'elles disaient ; il est parfois très obscène et accompagné de gestes indécents, grossiers et immodestes. »

« N'y a-t-il pas là, demande M. Ritti, dans son beau travail sur les Psychoses de la vieillesse, un ensemble symptomatique, à contour limité, d'un relief suffisant pour constituer un type défini de psychoses de la vieillesse, méritant une étude plus approfondie et une description spéciale dans les traités de pathologie mentale ? »

D'après les rares autopsies pratiquées sur ces malades, il semble bien que cette symptomatologie ne se confonde pas toujours avec un épisode tardif d'une psychose intermittente, mais soit, plus souvent peut-être, en rapport avec des lésions d'artério-sclérose cérébrale.

b) La démence est primitive.

« Certaines démences séniles présentent, dit Séglas, — alternant quelquefois avec de l'excitation maniaque, — de la dépression ou de l'anxiété mélancolique, avec des idées délirantes de teintes variées... Celles que j'ai pu constater, le plus souvent, dans ces épisodes mélancoliques des vieillards, sont des idées mystiques et hypocondriaques. On voit ainsi des vieillards, déjà déments, tomber tout d'un coup dans une dévotion exagérée, s'accuser de fautes plus ou moins imaginaires, se croire coupables de crimes qu'ils n'ont jamais commis, redouter la damnation et fréquenter les églises et les confessionnaux. Dans d'autres cas, ce sont des conceptions hypocondriaques, préoccupations sur l'état des organes, craintes des maladies, de la mort ; idées analogues à celles des paralytiques généraux. En même temps, on peut noter des hallucinations diverses, des troubles de la sensibilité dans ses différents modes ».

Plus généralement, on peut dire que l'anxiété des vieillards, mélancoliques et déments, s'attache de préférence à ces trois ordres de préoccupations, étroitements égoïstes et conservatrices, qui dominent la psychologie pathologique et, dans une certaine mesure aussi, la psychologie normale de la vieillesse : *peur des infirmités et de la mort, dévotion outrée, avarice*. Aux idées *hypocondriaques* et *mystiques* s'adjoignent, en effet, très fréquemment, au cours de ces états, des idées *de préjudice* : le sujet, souvent affaibli dans sa

mémoire, cache son argent, puis, ne se souvenant plus de l'endroit où il l'a déposé, accuse l'entourage d'avoir dérobé son trésor ; il vit dans un état de méfiance et de suspicion continuelles, souvent anxieuses, avec interprétations multiples et parfois fabulation ou hallucinations ; cette peur d'avare, ces alarmes et ces déceptions provoquent des troubles de la conduite, au cours desquels, dans sa colère ou son désespoir, le vieillard peut se livrer à des réactions d'une certaine importance *médico-légale* : scandales, menaces, récriminations, plaintes en justice, voies de fait ; il déshérite ses proches ; il cache ou détruit ses biens mobiliers, etc.

Lorsque, dans ces psychoses séniles, souvent symptomatiques d'affaiblissement intellectuel, la systématisation délirante l'emporte sur la dépression psychique, le malade peut construire et formuler un ensemble, plus ou moins cohérent, d'idées de persécution, à thème pécuniaire et d'étiologie en partie amnésique : c'est le *délire de préjudice*.

Une forme de réaction anxieuse, féconde en conséquences médico-légales, est l'*insomnie agitée,* alternant souvent, chez le dément sénile, avec la somnolence diurne. « Le dément se lève la nuit et se promène dans l'appartement, s'égare, se trompe de lit, fouille dans les meubles sans but saisissable, dérange toutes ses affaires, change les objets de place, en casse d'autres par maladresse, et, le lendemain, oublieux de ses actes récents, accuse les siens de mettre le désordre autour de lui et de piller sa maison. Cette *agitation* nocturne,

d'origine *anxieuse* ou *onirique*, est de nature *automatique* et incohérente, presque toujours inconsciente » (Dupré). Souvent, la nuit, le malade pousse des cris, appelle au secours, se sauve en chemise dans l'escalier et se livre à des fugues ; dans son égarement, il peut tomber et se blesser (fractures du col du fémur ou de l'humérus, etc.) ; quelquefois, il met le feu à l'appartement ou à ses vêtements, il malmène ses voisins de chambre ou se précipite par la fenêtre.

ANXIÉTÉ DANS LES PSYCHOPATHIES ORGANIQUES AUTRES QUE LA PARALYSIE GÉNÉRALE

La plupart des psychopathies organiques se traduisent cliniquement, comme la paralysie générale, par un complexus psycho-neurologique, où les signes de déficit intellectuel s'associent aux désordres moteurs les plus variés (paralysie, parésie, ataxie, polynévrite, etc.)

Mais, à la différence de la paralysie générale, la démence, dans ces psychopathies organiques d'origine toxi-infectieuse ou artério-scléreuse, est ordinairement accompagnée de symptômes, plus ou moins graves et durables, de *confusion mentale* (obtusion, désorientation, onirisme)[1]. Certaines infections, comme la maladie du sommeil, qui rappelle de si près, par ses accidents psychiques, la paralysie générale, s'en distingue cependant par une phase initiale presque constante d'onirisme hallucinatoire et par l'évolution pro-

1. On sait qu'il existe également, surtout après les ictus, ou lorsque l'insuffisance rénale est en cause, des *formes confusionnelles* de paralysie générale, dont Séglas, dans ses leçons, a montré l'intérêt clinique et diagnostique.

gressive de certains symptômes de torpeur et de somnolence qui lui ont valu son nom. De même, si les démences toxiques (alcool, opium, bromure, etc.) s'installent parfois lentement et comme à froid, elles font suite, le plus souvent, à toute une série d'accidents, aigus ou subaigus, de dépression ou d'excitation ébrieuses et de délire de rêve. Les tumeurs cérébrales et les abcès encéphaliques peuvent, en même temps qu'ils détruisent le parenchyme cortical, diffuser au loin dans le cerveau leurs produits toxiques et déterminer des syndromes psychopathiques variés, souvent oniriques, surajoutés à l'affaiblissement démentiel plus ou moins constant. Chez les artério-scléreux, diminués déjà dans leur mémoire ou leur jugement, on peut voir survenir tout à coup de l'onirisme terrifiant, avec hallucinations visuelles ou fabulation fantastique : une insuffisance rénale avec azotémie ou une poussée d'insuffisance hépatique ont provoqué ce rêve ou cette rêverie toxiques. On conçoit donc à quel point, dans ces diverses psychopathies organiques, l'*anxiété confusionnelle*, hallucinatoire et terrifiante, est d'observation fréquente, au moins à titre épisodique.

A la différence encore de la paralysie générale, démence essentiellement globale, l'affaiblissement psychique de la plupart des autres psychopathies organiques est plus ou moins *partiel* et *incomplet*. Le sujet se plaint de sa mémoire, et quelquefois même de son jugement ; il se sent incapable d'attention, de réflexion et de travail intellectuel suivi ; il est

donc souvent, dans une certaine mesure, *conscient* de sa diminution psychique. Son *auto-critique* n'est pas disparue. Et c'est pour lui, surtout lorsqu'il a quelque tendance aux réactions anxieuses, un motif d'inquiétude et de désespoir. On connaît l'impatience et les angoisses de l'aphasique aux prises avec son infirmité, qu'il juge en partie et dont il s'affecte. Dans la syphilis cérébrale, en particulier, on observe quelquefois, au début des accidents, des états d'anxiété très vive, et d'ailleurs à peu près entièrement légitimes, chez des sujets qui assistent à la déchéance progressive de leurs facultés intellectuelles et qui s'en rendent compte ; ils se lamentent sur la difficulté qu'ils éprouvent à trouver les mots ou sur leur dysarthrie, qu'ils font eux-mêmes remarquer au médecin et dont ils suivent l'évolution avec angoisse. Chez un de nos malades, cet état d'émotivité morbide, amélioré d'abord par l'hectine, s'est considérablement aggravé à la suite d'injections de Salvarsan.

Dans les prodromes et pendant toute l'évolution des psychopathies organiques, on peut rencontrer des états anxieux, d'aspect clinique assez particulier.

Nous rappellerons d'abord la *neurasthénie*, dont Régis a montré l'intérêt clinique et la fréquence *chez les artérioscléreux*, et qui est si souvent *prémonitoire d'un ictus apoplectique*, survenant à plus ou moins brève échéance.

Un malade, de 50 à 60 ans, se plaint et s'inquiète vivement de son inaptitude au travail, avec sensation de fatigue

au moindre effort intellectuel ou physique; il souffre de céphalée et d'insomnie; il accuse des vertiges, des bourdonnements d'oreilles, des éblouissements, des paresthésies intra-crâniennes; parfois, il est sujet aux accès de migraine. Il se désole, parce que, dit-il, « sa mémoire a baissé », et le médecin peut avoir le plus grand mal à faire le départ entre l'amnésie *véritable*, symptôme de *démence*, et l'amnésie simplement *alléguée*, symptôme d'*hypocondrie* morale et d'auto-suggestion émotive; quelquefois, crises d'anxiété, avec lamentations, pleurs, idées ou tentatives de suicide. Cet état peut s'améliorer par le repos et un traitement approprié (régime lacté, purgatifs, diurétiques, émissions sanguines, etc.); mais, il a tendance à persister, à traîner en longueur. Puis, dans bien des cas, brusquement, la situation se dénoue et se juge par un *ictus cérébral*, suivi d'un degré variable de déficit moteur et d'affaiblissement intellectuel, avec modification de l'affectivité, sensiblerie, lamentations monotones et troubles fréquents de la psycho-réflectivité.

Ces troubles de la psycho-réflectivité, qui ont pour conséquence de détruire le parallélisme normal entre la mimique et le sentiment, sont particulièrement intéressants à étudier chez les *pseudo-bulbaires*. Le *rire et le pleurer spasmodiques* n'expriment souvent ni la joie ni la tristesse. On peut cependant noter tous les degrés de transition entre la simple sensiblerie démentielle et le pleurer spasmodique. Tel malade pleure trop facilement et trop longtemps pour des causes

futiles ; tel autre pleure sans motif saisissable, et, parfois même, au moment où il est gai, lorsqu'il vient d'apprendre, par exemple, une heureuse nouvelle. Il n'y a donc pas de corrélation nécessaire entre l'émotion et ses concomitants physiques, et l'observation des pseudo-bulbaires suffit à infirmer l'aphorisme paradoxal de Lange : « L'homme est triste *parce qu*'il pleure. » Il semble bien cependant que le pleurer spasmodique ait tendance à éveiller, par lui-même, dans l'esprit du sujet, comme une résonance affective douloureuse ; il est naturel que, dans cette situation pénible, dont le malade a souvent conscience, l'expression immotivée de la tristesse suscite précisément, par un phénomène d'*unisson psycho-mimique,* les dispositions sentimentales qu'elle a coutume de révéler. Le rire spasmodique, au contraire, apparaît à ces sujets comme une sorte d'ironie du sort, qui redouble leur affliction ; et, chez eux, par un phénomène inverse de discordance psycho-mimique, un état d'anxiété véritable et profonde peut se masquer derrière la grimace trompeuse d'un rire convulsif.

« On peut constater, dit Dupré, d'autres dissociations intéressantes entre le sentiment de l'émotion lui-même et les manifestations extérieures de cette émotion. J'ai observé, sur un malade, un singulier trouble de la psycho-réflectivité de l'émotion, qui démontre la nature, jusqu'à un certain point, indépendante, dans le processus de l'émotion, du sentiment et des manifestations réflexes de celui-

ci. Le malade, dès qu'on s'approchait de lui et qu'on lui parlait, commençait à présenter les marques extérieures les plus manifestes, et d'ailleurs croissantes, de l'émotion (tremblement, rougeur, accélération du pouls et de la respiration, etc.). Et cependant, plusieurs fois interrogé à cet égard, le malade déclarait n'éprouver aucun trouble, aucune émotion : il s'étonnait devant nous et spontanément de ces manifestations évidentes d'un trouble qu'il ne ressentait pas : « Je ne sais pas pourquoi je tremble ainsi... Je ne suis pourtant pas saoul... Je n'y comprends rien. » Ce malade présentait, dans le domaine de la psycho-réflectivité de l'émotion de la peur, un trouble analogue à celui que présentent, dans le domaine de psycho-réflectivité de la gaîté ou de la tristesse, les malades atteints de rire et de pleurer spasmodique. Ceux-ci rient et pleurent sans gaîté et sans tristesse ; celui-là tremble sans peur. »

Chez le *Parkisonnien*, qui se rapproche, par tant de traits, du pseudo-bulbaire, un autre mode de dissociation psycho-mimique s'observe assez fréquemment. Le malade, attristé de sa situation, qu'il comprend, tourmenté de préoccupations hypocondriaques, humilié et désolé d'être à charge aux siens, dissimule, lui aussi, bien souvent, un état profond d'inquiétude ou de désespoir sous les dehors immuables d'un visage « figé », qu'on dénomme encore « marmoréen », parce qu'il est impassible, en apparence, comme celui des statues.

Derrière la mimique inexpressive et qui trahit la pensée,

derrière l'aspect fruste et les réactions un peu pauvres du Parkinsonnien, il faut savoir discerner, comme le recommandait Brissaud, l'intelligence et l'affectivité souvent intactes ; il faut se garder de confondre avec de l'indifférence ou de la maussaderie une douleur morale, qui, pour rester « muette », n'en est que plus angoissante : c'est *l'anxiété sans le masque*. Il existe, selon le mot de Brissaud, une « psychothérapie du Parkisonnien », dont H. Meige [1], dans un article récent, a si heureusement rappelé les principes. Et, ici comme toujours, le premier point de la psychothérapie est de donner au malade, trop souvent méconnu et délaissé par l'entourage, l'impression qu'il a rencontré dans son médecin un ami qui le comprend.

Chez les *bulbaires* vrais (paralysie glosso-labio-laryngée, sclérose latérale amyotrophique, hémorragie et ramollissement du bulbe, polynévrites avec détermination bulbaire, etc.) et, plus généralement, chez les sujets atteints de *syndromes bulbaires*, soit essentiels, soit réflexes (maladie de l'oreille ou du nez, de l'estomac, de l'utérus, etc.), on peut observer un ensemble de symptômes, d'ailleurs souvent dissociés, qui traduit l'irritation des noyaux d'origine du nerf vestibulaire et du pneumogastrique : au vertige (VIII) s'associe l'angoisse (X). Ces accidents surviennent, de préférence, comme l'a montré Bonnier, chez les bul-

1. H. Meige, Maladie de Parkinson. *Pratique médico-chirurgicale.*

baires *gauches*. L'angoisse, phénomène physique avec palpitations, constriction respiratoire et digestive, rougeur, sueurs, tremblements, etc., s'observe rarement isolée de tout phénomène psychique : elle entraîne une *répercussion affective* presque constante : l'angoisse se complique d'anxiété ; mais c'est une anxiété particulière, l'*anxiété de l'angoisse*, la crainte de la mort imminente par suffocation, sous la constriction de l'étau qui enserre la poitrine, étrangle la gorge et comprime le cœur. Cette anxiété, par la plupart de ses symptômes, reproduit l'angoisse poignante et la terreur inexprimable, avec « pause de la vie » et « goût de la mort », qui caractérisent l'angine de poitrine.

Sous le nom d'*anxiété paroxystique*, Brissaud a décrit un syndrome très particulier où cette anxiété-angoisse survient par crises, surtout nocturnes, et paraît intéresser, à l'exclusion des éléments moteurs, les éléments *sensitifs* des fonctions bulbaires : comme dans l'angine de poitrine, l'angoisse cardiaque ne s'accompagne alors d'aucune modification des mouvements du cœur ; et l'angoisse respiratoire ne se traduit, à l'auscultation du poumon, par aucun symptôme anormal.

« Rien, dit Brissaud, n'est plus soudain, plus poignant et j'ajouterai même plus effrayant que ces accès, le plus souvent nocturnes, accompagnés de tremblement, de sueurs froides, de pâleur livide. Ce n'est, à proprement parler, ni de l'angine de poitrine, ni de l'asthme, mais c'est la terreur de

ces deux névroses tout à la fois. Les sujets qui en sont affligés deviennent souvent des asthmatiques; d'autres deviennent de faux aortiques, et, chez eux, les crises d'angor les plus typiques se substituent peu à peu à l'anxiété paroxystique simple. D'autres deviennent agoraphobes; enfin, deux fois, j'ai vu les mêmes attaques d'anxiété se transformer en épilepsie. Quel que soit le genre de ces crises, on peut en vérité prétendre et soutenir qu'un trouble passager de l'irrigation bulbaire en est le point de départ. Anxiété de la respiration, anxiété de la circulation, anxiété de l'équilibration, anxiété générale sans qualification plus précise, tout cela s'équivaut à peu de chose près, lorsque la névrose seule est en jeu, et ne procède évidemment que d'une irritation par excès ou par défaut des nerfs bulbaires. Mais les lésions grossières du plancher ventriculaire sont bien capables, elles aussi, de provoquer de semblables effets. »

Ailleurs, Brissaud a insisté sur l'anxiété paroxystique *respiratoire* qu'il considère comme un équivalent de l'asthme. « John Forbes, dit-il, a été bien inspiré en disant qu'il y a dans l'angine de poitrine quelque chose de *mental* qui distingue cette névralgie de toutes les autres. Cette remarque s'adapterait aussi bien à l'asthme, lorsqu'il se manifeste par une *anxiété respiratoire où la dyspnée n'est pour rien*. Le malade croit qu'il va étouffer. Il a, dit le Pr Jaccoud, la *crainte de la suffocation sans gêne de la respiration*... L'anxiété paroxystique réveille brusquement le sujet au plus

profond d'un sommeil paisible, et le terrifie. Il blêmit, transi de sueurs froides ; il a la conscience qu'il va mourir... Mais sa respiration est libre, son cœur bat ; les minutes passent, le temps le rassure ; une émission d'urines abondantes et claires vient prosaïquement lui annoncer le dénouement de ce drame et il se rendort : il a eu sa crise d'asthme. »

Brissaud ajoute que, dans certains cas, les crises deviennent de plus en plus fréquentes, et la *prédisposition* à l'anxiété se transforme en *disposition* permanente. C'est à ce trouble bulbaire fonctionnel, transitoire ou durable, dans lequel la *sensation d'angoisse,* avec anxiété secondaire, domine le tableau morbide, qu'il convient, à notre avis, de réserver le nom de *névrose d'angoisse*.

Il serait, en outre, intéressant de rechercher si le terrain sur lequel se développe cette névrose n'est pas précisément celui de l'anxiété constitutionnelle.

Nous avons eu l'occasion d'observer, dans le service de notre maître Deny, un cas de névrose d'angoisse chronique, chez une femme âgée d'une quarantaine d'années, qui était atteinte de *dyspnée angoissante continue,* sans grande modification respiratoire (inspiration un peu prolongée, parfois expiration suspirieuse, rythme respiratoire un peu lent). Au dire de la malade, qui avait toujours été une grande émotive, cet état d'angoisse inexprimable et de « soif d'air » atroce, qui durait depuis plus de trois ans, était survenu, vers l'époque de la ménopause, à la suite de chagrins et de

déceptions sentimentales ; il s'accompagnait d'un léger degré d'inquiétude permanente, justifiée par l'angoisse elle-même. Il était d'ailleurs bien difficile d'affirmer, en présence de ce syndrome bulbaire prolongé, qu'il n'existait pas de lésion organique.

TRAITEMENT DE L'ANXIÉTÉ

Même quand la cause de l'anxiété morbide est chronique et irrémédiable, comme dans certaines anxiétés symptomatiques et dans la constitution anxieuse, on peut poser en principe que les *accidents,* dus à l'anxiété, sont toujours plus ou moins *curables* : car le propre de l'anxiété est de se manifester sous forme de *paroxysmes,* c'est-à-dire de phénomènes aigus ou subaigus, destinés à s'améliorer ou à disparaître.

Dans nombre d'affections susceptibles de passer à la chronicité (mélancolie, syndrome hébéphréno-catatonique, confusion mentale, etc.), l'intensité même des phénomènes anxieux interdit, aussi longtemps qu'elle persiste, de porter un pronostic désespéré. C'est quand le mélancolique cesse de présenter des réactions émotives en rapport avec ses idées délirantes, c'est quand l'arrêt psychique et moteur survit à l'apaisement de la douleur morale et de l'angoisse que la chronicité ou la démence deviennent, sinon certaines, du moins probables.

Tant que l'anxiété dure, il y a lutte et incertitude ; le

drame se joue et n'est point dénoué. Dans cette situation critique et instable, l'espoir reste permis et la guérison peut dépendre d'une intervention opportune, énergique et tenace.



Le meilleur traitement, ici, comme toujours, c'est le *traitement étiologique*. Supprimer l'intoxication de l'éthylique, guérir par des soins médicaux la fièvre typhoïde, le rhumatisme articulaire aigu, la méningite cérébro-spinale, etc. ; améliorer ou supprimer l'azotémie, la chlorurémie, la glycosurie ; pratiquer la cure chirurgicale d'une infection localisée, enlever une tumeur cérébrale, une esquille ou une exostose endo-crâniennes, voilà autant d'interventions étiologiques, souvent couronnées de succès, et susceptibles d'assurer, dans certaines circonstances, une guérison définitive. Beaucoup de cas d'anxiété confusionnelle, et, plus généralement, toxi-infectieuse ou traumatique, relèvent de ce traitement étiologique.

Rappelons, cependant, avec quelle fréquence les causes acquises et les causes constitutionnelles s'enchevêtrent et se combinent. L'éthylique, mis à la diète, guérit de sa confusion mentale, mais, livré de nouveau à lui-même, il court au cabaret : on n'avait pas guéri son alcoolomanie.

De même, dans la neurasthénie acquise et dans certaines psychoses émotives, le repos et l'isolement, une médication

et un régime reconstituants ou calmants peuvent être considérés, jusqu'à un certain point, comme des traitements étiologiques ; mais, s'ils guérissent l'émotion et la fatigue, ils restent sans vertu, d'ordinaire, contre l'émotivité et la fatigabilité constitutionnelles.

Nous ne ferons que rappeler ici la cure de *désintoxication* qui est de règle en cas de confusion mentale, et dont Delasiauve avait parfaitement formulé, dans ses travaux sur la stupidité, les principales indications : le lit et le lait, les diurétiques, les purgatifs, les émissions sanguines.

Nous mentionnerons encore deux moyens de traitement qui, dans les psychoses toxi-infectieuses, ont souvent une efficacité remarquable : c'est d'abord la *balnéation*, chaude ou tiède, qui favorise la diurèse, abaisse la température et calme l'anxiété ; c'est ensuite, surtout chez les méningitiques et les brightiques, la *ponction lombaire*, qui peut combattre utilement l'hypertension céphalo-rachidienne et permettre l'évacuation des produits toxi-infectieux qui imprègnent le névraxe. L'un de nous a vu ainsi, chez un azotémique hypertendu, une céphalée intense, avec anxiété pantophobique, disparaître à la suite d'une ponction lombaire, pratiquée *larga manu*, alors qu'une saignée abondante n'avait pas suffi à soulager le malade.

Une règle négative, très importante, qui préside à la thérapeutique des états toxi-infectieux, lorsqu'ils sont transitoires, ou lorsqu'ils relèvent d'une affection médicale cou-

ramment soignée dans les hôpitaux, est d'épargner aux malades, dans la mesure du possible, la *formalité préjudiciable de l'internement*. Une ivresse délirante peut, grâce à l'institution de l'Infirmerie spéciale de la Préfecture de police, guérir complètement après quelques jours d'observation, sans placement d'office. De même, des raisons, d'ordre à la fois médical et humanitaire, exigent qu'un délire symptomatique de fièvre typhoïde, de grippe, de méningite cérébro-spinale, etc., puisse être toujours soigné, non dans un asile d'aliénés, mais dans un *service spécial* d'hôpitaux ordinaires. On sait que Régis, dans une œuvre de haute inspiration scientifique et morale, a très justement opposé les *délirants d'hôpital* aux délirants d'asile [1].



Dans les *psychoses constitutionnelles*, un seul traitement *causal* peut intervenir, c'est le *traitement prophylactique*. Il doit porter, d'abord et de préférence, sur *la race*. Il est d'ordre ethnique et politique. Hygiène et salubrité publiques, amélioration des mœurs sociales et individuelles, protection et soins donnés à la femme enceinte et à l'enfant, voilà un

1. Il est fâcheux que Paris ne possède encore qu'un service de délirants, celui de l'Hôtel-Dieu.

ensemble de moyens préventifs contre la dégénérescence de l'espèce, qui a déjà produit, dans certains pays étrangers, comme la Suède ou l'Allemagne, des résultats positifs. Pour ne citer qu'un exemple, limiter par une loi le nombre des cabarets serait limiter, du même coup, et par une régression sensiblement parallèle, le nombre des asiles d'aliénés, ou celui de leurs habitants.

Le traitement prophylactique, dans les psychopathies constitutionnelles, peut encore s'exercer sur l'*individu lui-même* : il consiste à prévenir, dans la mesure du possible, les *causes secondes* qui favorisent l'éclosion ou la recrudescence des troubles psychiques, et, notamment, de l'anxiété constitutionnelle.

Le dégénéré, apte aux réactions anxieuses, doit être mis en garde contre toutes les *causes de dépression ou d'excitation* (émotion, surmenage, toxi-infections, etc.). De ce point de vue, le genre de vie, l'éducation, le métier, l'emploi du temps, les fréquentations et les spectacles, les voyages, le régime alimentaire, en un mot l'*hygiène physique et psychique* exercent une influence, souvent décisive, sur la santé mentale du déséquilibré et sur les oscillations, heureuses ou malheureuses, de l'émotivité constitutionnelle.

Parmi les traumatismes moraux, ce sont surtout les *émotions sans issue* qui donnent naissance aux états anxieux. La tristesse qui peut se distraire par une occupation intéressante, la perte d'argent, l'insuccès professionnel, la décep-

tion d'amour-propre qu'une entreprise ou des démarches nouvelles peuvent réparer, bref le chagrin qui résiste et qui *lutte* trouve, dans cet effort même, une *dérivation* puissante à l'anxiété ; mais le désespoir, la douleur prostrée et qui renonce, l'impuissance et le désarroi de l'attente, l'abattement qui fait suite au malheur irréparable, par exemple à la disparition d'une personne aimée, ne permettent plus au trop-plein de l'émotivité de se donner libre cours sous forme d'intervention efficace : l'émotivité, privée de cette soupape de sûreté : l'*action*, éclate et se répand au dehors en manifestations nerveuses désordonnées ; elle se transforme en psycho-névroses et en psychoses. Tant que la mère soigne son enfant malade, elle ressent à peine, elle « oublie » son surmenage physique et sa douleur morale : mais, quand l'être cher a succombé, alors les forces défaillent et la neurasthénie se déclare ; ou bien l'anxiété s'exalte et le chagrin légitime dégénère en mélancolie affective.

A côté des causes positives de dépression psychique (ennuis, déceptions, chagrins, etc.), il convient d'accorder une place à part aux causes morales, en quelque sorte *négatives*, qui ont pour caractère commun : le *défaut de satisfaction* d'une tendance, normale ou pathologique. L'entrave à l'exercice des grandes fonctions psychiques et physiques (besoin d'activité intellectuelle et motrice, exigences sentimentales, goût artistique, etc.) est une occasion de « refoulement », au sens de Freud, ou mieux de *rétention affective* ;

et, chez les émotifs constitutionnels, on peut poser en principe que *l'anxiété est la forme naturelle que tend à prendre le potentiel psychique non dépensé*.

Dans cet ordre d'idées, l'importance de la *fonction sexuelle* est, sinon exclusive, du moins, sans aucun doute, prépondérante. La satisfaction normale des besoins génitaux, lorsque l'état psycho-névropathique ne la rend pas précisément impossible, est, pour bien des malades, le remède le plus efficace qu'on puisse opposer à l'anxiété ; de même l'abstinence sexuelle suffit parfois, en dehors de tout traumatisme moral proprement dit, à entretenir et à développer un état d'inquiétude diffuse et de malaise angoissant. On a dit et redit, bien souvent, depuis Hippocrate, que, pour ces malades, le vrai traitement, c'est la sollicitude intelligente et dévouée d'une épouse ou d'un époux.

Ces émotifs ont également besoin de la présence et des soins assidus d'*un médecin* qui soit, à la fois, pour eux, l'ami, le confident et le directeur de conscience. Mis au courant des déceptions sentimentales, instruit des événements du passé, informé des projets d'avenir, familier avec les goûts, les tendances et les réactions habituelles de son client, le médecin pourra, dans ces conditions, conformer sa thérapeutique au *caractère individuel* du sujet et tenir compte, dans ses prescriptions et ses conseils, de la *psychologie tout entière* du malade.

Médecin du corps en même temps que médecin de l'esprit,

le psychiatre ne négligera pas l'étude et le traitement des *troubles physiques*. Reconnaître et soigner à temps une dyspepsie qui peut servir de prétexte à l'anxiété, dépister une perturbation endocrinienne, un déséquilibre thyroïdien, ovarien, surrénal, ou plurigandulaire, signaler au malade ou à l'entourage un éthylisme qui parfois s'ignore ou veut s'ignorer, ce sont là d'excellents moyens pour prévenir ou dissiper l'anxiété ; car l'émotivité morbide, bien que constitutionnelle dans sa nature, n'en est pas moins très souvent symptomatique, dans ses paroxysmes, des moments étiologiques les plus divers et parfois même, en apparence, les plus insignifiants.



En présence *d'une crise aiguë ou subaiguë d'anxiété*, quel que soit le diagnostic, un premier devoir s'impose, *calmer le malade*, à la fois pour soulager sa souffrance et pour prévenir les redoutables complications de l'anxiété : scandales, violence et désordre des actes, homicide et surtout *suicide*. En attendant l'application d'un traitement étiologique, souvent impossible à pratiquer d'emblée, le *traitement symptomatique* de l'anxiété est une des indications les plus fréquentes et les plus impérieuses de la *psychiatrie d'urgence*[1].

1. Dupré, La Psychiatrie d'urgence. *Presse médicale*, 31 décembre 1910.

Le *traitement médicamenteux* de l'anxiété varie avec l'intensité et la nature des réactions psychopatiques. Dans certains cas de terreur et d'agitation extrêmes, avec menace d'épuisement rapide, il peut être utile de recourir à l'hyoscine, à la scopolamine, à la duboisine, etc., stupéfiants qui procurent au malade une sorte d'ivresse, avec torpeur et somnolence. Souvent, d'ailleurs, la morphine, en injections hypodermiques, permet d'obtenir un résultat équivalent.

Parfois, lorsque l'état lipothymique et le collapsus sont imminents, c'est, au contraire, à des toni-cardiaques, comme la caféine, la spartéine, l'huile camphrée et la strychnine, qu'il faudra recourir.

Pendant les paroxysmes anxieux, aigus ou suraigus, les *moyens de contention* et, en particulier, la camisole de force ne devront être employés que dans des circonstances tout à fait exceptionnelles et transitoires, par exemple lorsqu'il s'agit de transférer un malade à la maison de santé ou à l'asile. On se rappellera le mot de Magnan : « *Tout aliéné camisolé est condamné à mort dans les quarante-huit heures* ». L'épileptique, le confus, le mélancolique, ainsi camisolés, réagissent, d'ordinaire, par l'épouvante et la *fureur* : ils luttent, se débattent, s'épuisent et peuvent donner rapidement des signes d'auto-intoxication aiguë, rappelant le tableau de la fièvre typhoïde, avec état ataxo-adynamique, langue fuligineuse, pouls filant, collapsus, syncope et mort à brève échéance.

En thèse générale, et quelle que soit l'origine des accidents, on peut dire que le remède par excellence, le *remède*, en quelque sorte, *spécifique de l'anxiété*, c'est *l'opium*. Sirop de codéine et d'éther, en proportions variables, voilà le viatique de l'anxieux constitutionnel, sujet à des paroxysmes d'angoisse; laudanum à fortes doses, progressivement croissantes, telle est la médication classique de la mélancolie anxieuse; extrait thébaïque, laudanum ou piqûres de morphine, sans préjudice, bien entendu, de la balnéation chaude, de l'alitement et de la cure de désintoxication, voilà quelques-uns des traitements les plus ordinaires de l'anxiété confusionnelle et du delirium tremens.

L'opium n'est cependant pas toujours le médicament électif de l'anxiété. C'est ainsi que l'anxiété obsessive et l'anxiété pantophobique se montrent souvent plus favorablement modifiées par le *bromure* ou les valérianates que par l'opium. Lorsque le diagnostic hésite entre l'anxiété obsessive et l'anxiété mélancolique, si les accidents ne sont pas enrayés par l'opium et rétrocèdent par le bromure, c'est un bon signe différentiel en faveur de l'obsession (Séglas). Plus généralement, le *bromure est le calmant par excellence de l'éréthisme réflexe*, psychique et somatique, d'origine constitutionnelle. Nous ne ferons que rappeler ici sa spécificité contre l'anxiété ou l'impulsivité coléreuse de l'épileptique.

Dans quelques cas, d'ailleurs plutôt rares, où l'intoxication gastro-intestinale intervient comme cause occasionnelle,

il arrive qu'un état d'anxiété, d'aspect mélancolique, s'améliore rapidement par l'administration d'un simple *purgatif salin*. On voit ainsi des malades, considérés comme des mélancoliques, et quelquefois même internés, recouvrer la santé tout à coup et comme par miracle, à la suite d'une débâcle intestinale.

On sait quelle importance beaucoup d'auteurs, et notamment Freud, d'accord, sur ce point, avec la majorité des oto-rhino-laryngologistes, reconnaissent, dans le traitement de l'anxiété, à la cure d'*affections nasales*, en apparence souvent insignifiantes, et qu'il faut savoir rechercher. Bonnier, même en l'absence de toute lésion appréciable, prétend impressionner, par la cautérisation de la muqueuse nasale, les centres bulbaires de l'anxiété. Notre expérience personnelle, du moins en ce qui concerne l'anxiété constitutionnelle et la mélancolie anxieuse, ne semble pas confirmer cette manière de voir. La cautérisation nasale peut devenir, pour un sujet hypocondriaque, la source de préoccupations morbides. Et un tel traitement, s'il devait se substituer à l'isolement et à l'internement des mélancoliques, constituerait un danger grave, en s'opposant aux seuls procédés d'assistance et de surveillance susceptibles de prévenir la grande complication de l'anxiété mélancolique : le *suicide*.

L'insomnie anxieuse, elle aussi, relève surtout de *l'opium*. Sirop de codéine, sirop diacode, laudanum en lavements, morphine en suppositoires, phosphate ou bromure de co-

déine en injections sous-cutanées, etc., telle est la thérapeutique la plus fréquemment usitée, avec ou sans association de véronal, de trional, de sulfonal et de tous les médicaments classiques de l'insomnie nerveuse.

Rappelons également l'action élective des préparations de bromure ou de valériane (bromure de camphre, intraits ou énergétènes de valériane, etc.) sur l'insomnie des anxieux constitutionnels, atteints d'éréthisme psycho-réflexe. Le chloral donne d'excellents résultats contre l'excitation nocturne et l'insomnie anxieuse du paranoïaque halluciné. Chez les neurasthéniques, le sommeil peut être assuré par un médicament tonique ou nutritif (phytine, glycérophosphate de chaux, cacodylate, etc.), ou même, paradoxalement, par un excitant, comme le thé ou le café, pris au repas du soir. Certains remèdes, dits psychothérapiques, comme le bleu de méthylène, suffiront à calmer, dans quelques cas, l'insomnie anxieuse d'un hypocondriaque suggestible, auquel on aura pris soin d'assurer, par exemple, qu'il retrouvera le sommeil dès que ses urines deviendront vertes.

L'hydrothérapie chaude ou *tiède*, sous forme, soit d'affusions, soit de bains ou de douches, peut beaucoup pour apaiser l'éréthisme réflexe de l'anxiété constitutionnelle. Un bain chaud, de préférence aromatique, par exemple un bain de tilleul ou de camomille, pris le soir, avant l'heure du coucher, constitue souvent le meilleur remède contre l'insomnie anxieuse. Mais, ici encore, certains déprimés neu-

rasthéniques sont justiciables d'une hydrothérapie plus tonique : douche froide ou, plutôt, douche écossaise.

L'*électricité*, notamment l'électricité *statique*, sorte de douche d'effluves, exerce une influence heureuse sur l'état d'hypertension émotive ; elle relève le dynamisme nerveux et apaise l'agitation anxieuse ; le bain de lumière possède une efficacité particulière contre certaines formes d'éréthisme psychique avec instabilité motrice. L'inquiétude diffuse, accompagnée de céphalée et de vertiges, qu'on observe chez les hypertendus et les artérioscléreux, est soulagée, quelquefois très rapidement, par l'application des courants de haute fréquence et la darsonvalisation.



Il nous reste à envisager l'étude de ces trois formes d'intervention, capitales dans le traitement de l'anxiété : l'internement, l'isolement, la psychothérapie.

Les *indications de l'internement* sont évidentes lorsque le malade est délirant ou halluciné. Mais l'anxiété peut encore troubler l'ordre public et la sécurité des personnes, en l'absence d'hallucinations et de délire : l'internement trouve alors sa justification dans le tapage et le scandale provoqués par les réactions bruyantes de l'anxieux, enfin et surtout dans la tendance aux fugues, aux mutilations et au *suicide*, révélée, soit par les propos, soit par les *tentatives* du malade.

Certaines affections, comme la mélancolie avec conscience, dont le danger majeur est la possibilité du suicide, seront traitées, de préférence, par l'internement, même avant l'expression d'idées de suicide, que le sujet peut ne pas dévoiler par réticence, ou qui sont susceptibles de surgir tout à coup dans la conscience et de passer à l'acte sur-le-champ, au cours d'un paroxysme anxieux. De même, le refus d'aliments, qu'il soit ou non inspiré par le désir du suicide, nécessite un traitement spécial.



Lorsque l'anxiété ne menace pas de troubler l'ordre public et la sécurité des personnes, le traitement du malade peut être poursuivi, soit à domicile, soit dans une maison de santé ouverte.

En principe, chaque fois que l'anxiété devient assez intense pour *suspendre l'activité pratique* du sujet, l'*isolement s'impose*. Il est de beaucoup supérieur au traitement à domicile, pour cette *raison négative* qu'il soustrait le malade au milieu où se sont développés et entretenus les troubles émotifs, et pour tout un ensemble de *raisons positives*, puisque c'est seulement à la maison de santé que l'anxieux pourra trouver le *traitement*, psychique et physique, *spécial et continu*, dont il a besoin.

Malheureusement, par suite de l'imperfection et des lacu-

nes de l'assistance médicale, ces considérations thérapeutiques ne peuvent guère s'appliquer, à l'heure présente, qu'à la clientèle *riche* : si le malade fortuné rencontre, dans la maison de santé, toutes les conditions requises pour son traitement et sa guérison, le *psychopathe pauvre* semble, au contraire, avoir été *oublié par la sollicitude des pouvoirs publics*. L'anxieux qui ne relève pas de l'internement ne peut bénéficier, à l'hôpital, de l'isolement et de la psychothérapie que dans quelques rares services spéciaux, dont la création, essentiellement facultative et transitoire, est subordonnée à l'initiative personnelle du médecin chef. Dans la plupart des cas, le malade en est réduit, soit à solliciter son admission dans un hôpital ordinaire, où il est souvent mal compris et méconnu, soit à subir, *faute de mieux*, par la voie du *placement volontaire*, un *internement*, parfois préjudiciable ; car cette mesure lui permettra sans doute d'être soigné par des spécialistes, mais elle grèvera son dossier administratif d'un antécédent fâcheux que le préjugé public considère comme une tare : et c'est ainsi que, pour l'anxieux, inquiet de son avenir et soucieux des moyens d'assurer son existence à sa sortie de l'asile, le traitement lui-même devient une cause, en partie légitime, de préoccupations nouvelles.

De même qu'on a réclamé des services de délirants dans les hôpitaux, pour les intoxiqués et les infectés, il y aurait lieu de réclamer des *services d'hôpitaux pour les psychopathes*. —

et notamment pour les anxieux —, qui ne relèvent pas de l'asile d'aliénés.



L'isolement permet de pratiquer, dans les meilleures conditions, la psychothérapie, plus particulièrement indiquée dans le traitement des psycho-névroses (hystérie, neurasthénie), des obsessions, phobies et impulsions, et de la psychose anxieuse.

Il y a plusieurs sortes de psychothérapie.

Il est une certaine *psychothérapie rationnelle*, ou plutôt raisonnante, qui marque une incompréhension totale de la situation pathologique, puisqu'elle consiste à vouloir modifier le malade précisément avec les mêmes moyens d'action que s'il était bien portant (argumentation « rationnelle », discussion et réfutation des craintes chimériques, dissertations morales, etc.). C'est la psychothérapie spontanée des incompétents, la psychothérapie des familles et des médecins inexpérimentés ou doctrinaires, qui veulent « raisonner » les anxieux. Le plus grand avantage de l'isolement bien compris est assurément de soustraire le malade à cette psychothérapie-là.

Il est une autre sorte de psychothérapie : elle se propose avant tout d'agir sur l'anxieux, non par la voie stérile des démonstrations logiques, mais par l'intermédiaire, plus effi-

cace, du sentiment. C'est dans l'*affectivité* qu'est la cause essentielle du mal, c'est par elle et sur elle qu'il faut intervenir.

Cette psychothérapie, ayant conscience de ses limites, sera modeste ; son premier souci, conformément au vieil adage : « *primum non nocere* », sera de *savoir ce qu'il ne faut pas dire*. Cette indication toute *négative*, qui paraît évidente et banale, est peut-être la plus importante de toutes et la plus difficile à mettre en pratique : préserver des heurts et des froissements l'hyperesthésie affective de l'anxieux comme on protège une plaie par un pansement contre les agressions du dehors, c'est, maintes fois, dans le traitement des blessures de l'âme comme de celles du corps, tout le secret de la guérison. Mais combien de psychothérapeutes sont les premiers à ne pas respecter cette espèce d'asepsie morale que l'isolement devrait assurer !

Dans son *intervention positive*, cette psychothérapie, mesurée et pratique, ne se proposera pas l'idéal ambitieux de refaire au malade une mentalité. Nous avons insisté suffisamment sur cette vérité primordiale qu'*on ne réforme pas la constitution* psychopathique. Mais on peut *rassurer* l'anxieux ; on peut atténuer ce qu'il y a, pour ainsi dire, presque toujours, de superflu et de surajouté dans la réaction émotive ; on peut apprendre au malade à mieux connaître et dominer son état morbide, et à ne plus être dupe, au même degré, de son inquiétude chimérique.

Mais cette psychothérapie vaut, très exactement, ce que vaut le médecin qui l'applique. Nulle part, l'importance de l'autorité morale, du tact et de l'à-propos, du don de sympathie et de persuasion, bref du *coefficient personnel*, n'est plus manifeste et plus décisive ; aucune forme de thérapeutique ne se montre plus étroitement subordonnée, dans son efficacité, au talent de celui qui l'exerce, aux ressources de son jugement, de son imagination et de son cœur ; aucune, enfin, par la souplesse et la diversité de ses moyens d'action, ne mérite plus complètement d'être considérée, non comme une technique immuable et fixée d'avance, mais comme *un art*, au sens le plus élevé du mot.

Le premier besoin de l'anxieux, c'est *d'être compris*. Quand le médecin lui montre qu'il connaît, aussi bien et mieux que lui, ses doutes, ses angoisses, son aboulie, sa crainte de tomber fou, etc., le malade éprouve une consolation singulière et profonde : il est heureux d'entendre ainsi appeler par leur nom[1] ses malaises les plus secrets, qu'il n'arrivait pas toujours à formuler spontanément et qui lui semblaient, dans son ignorance, monstrueux et sans précédent ; il est à la fois rassuré et renseigné ; et son anxiété même,

1. Parfois, dit Sully-Prudhomme, un mot, « le nom de ce qui fait souffrir » vient :

« Tomber comme une larme à la place précise
Où le cœur méconnu l'attendait pour guérir. »

pour avoir perdu quelque chose de son mystère, lui apparaît moins redoutable.

A la joie d'être révélé à lui-même s'ajoute celle de pouvoir désormais se raconter à autrui, de pouvoir s'épancher librement, sans avoir à subir les raisonnements stériles, la sollicitude maladroite, ou même la raillerie et l'indignation exaspérantes d'un entourage incompétent. Le médecin sera le confident de choix, le *confesseur*, si nécessaire à l'anxieux [1].

S'ouvrir, se livrer, sans arrière-pensée et sans réserve, c'est déjà reconnaître le savoir et l'autorité du médecin : cette *confiance*, qui est ici un élément capital du succès, le psychiatre la méritera par sa bienveillance patiente et tranquille, par sa fermeté indulgente et modérée, dépourvue de rudesse ou d'ironie. Une formule rassurante prononcée avec calme, une défense impérieuse, une exhortation brève, une simple suggestion heureuse, beaucoup mieux que les discours et les dissertations, rendront au malade le courage et l'espoir. L'anxieux est un douteur et un aboulique ; il est avide de foi et de dogme ; il a besoin surtout d'une *affirmation étrangère catégorique*, d'une affirmation qui *ne donne pas ses preuves* et, surtout, *ne les discute pas*.

L'anxieux est pareil à l'enfant qui a peur : lorsqu'on vient

1. Autrefois, ces malades, hésitants, désemparés, scrupuleux, et dominés surtout par le besoin de se plaindre et d'être consolés, relevaient presque uniquement du directeur de conscience et du *prêtre*. On pourrait extraire de la correspondance de certains ecclésiastiques, de Fénelon par exemple, des pages remarquables de psychothérapie avisée, discrète et persuasive.

le rassurer, les bonnes raisons qu'on lui donne paraissent le convaincre, mais son inquiétude et ses angoisses recommencent, dès qu'on l'abandonne à lui-même. Aussi l'efficacité du médecin, au début de la cure, est-elle due, presque uniquement, à son *action de présence*. Dans la lutte contre l'anxiété, le médecin doit donc revenir à la charge infatigablement, sans souci de perdre sa peine et son temps. La psychothérapie est une œuvre de longue *patience*. Il convient d'assurer au malade cette *répétition* et cette *continuité*, presque ininterrompue, de l'action morale, d'ailleurs matériellement impossible à obtenir en dehors de l'asile ou de la maison de santé. Et ce n'est que peu à peu, par un entraînement méthodique, et l'évolution aidant, que l'influence bienfaisante de la psychothérapie se prolongera dans l'intervalle des visites ; le malade, se faisant alors le collaborateur du médecin, continuera, en son absence, et développera l'œuvre commencée ; il recouvrera progressivement la sécurité morale et la maîtrise de soi. Il deviendra son propre médecin. L'idéal suprême et désintéressé du psychiatre est d'apprendre à son malade à pouvoir se passer de lui.

Inspirer confiance à l'anxieux dans son médecin, ce n'est, en effet, qu'une première condition de succès : il reste à lui inspirer *confiance en lui-même*. Dès qu'il se persuadera qu'il peut trouver, en lui-même, dans la clairvoyance de son jugement et l'énergie de sa volonté, les ressources nécessaires

pour triompher de son angoisse, la guérison sera proche. Dès qu'il pourra regarder en face les fantômes terrifiants créés par son anxiété, ils auront bientôt fait de s'évanouir. Même si l'anxiété persiste, du moins la *crainte chimérique des conséquences de l'anxiété* sera-t-elle souvent dissipée ; et cette anxiété au second degré (peur de tomber fou chez l'obsédé, crainte d'être étouffé par l'angoisse, etc.) ne constitue pas le moindre tourment de l'anxieux.

Mais s'il est utile de suggérer au malade un sentiment de force et de sécurité, qui se justifiera de lui-même progressivement par le succès, on se gardera de contraindre l'anxieux à engager trop tôt et trop directement la lutte avec son anxiété : ce serait l'exposer, lorsque l'émotivité est encore trop puissante et irrésistible, à une défaite certaine ; ce qui importe, au contraire, c'est de lui apprendre à détourner son attention et son effort de la préoccupation anxieuse, à se *distraire*, à parler avec le médecin et avec l'entourage d'autre chose que de sa maladie, enfin à s'occuper, dans la mesure du possible, à certains *travaux d'agrément* ou certains *jeux de société* (lecture courte et peu fatigante, musique et surtout dessin ; jeux de cartes, de dames, d'échecs, de billard, causerie avec d'autres malades ; plus tard, promenades et distractions mondaines, sur le conseil et sous la direction du médecin). Ne pas violenter la phobie, ni passer outre à l'obsession, ne pas heurter de front l'anxiété, mais, si possible, la faire *oublier*, c'est là un mode de « refoulement », qui, loin d'être

la cause de tous les maux, est le commencement même de la guérison. On se rappellera que l'émotivité incoercible de l'anxieux est pareille au torrent dont la force s'accroît par la résistance.

C'est pourquoi, après les premières confidences, le médecin, contrairement à la doctrine de Freud, s'abstiendra soigneusement d'insister sur la genèse de la préoccupation émotive et de développer, chez le malade, par la psycho-analyse, la tendance à l'*introspection* ; car, au lieu d'apparaître comme le moyen de traitement par excellence et la « panacée universelle » des affections mentales, l'introspection est, au contraire, le *fléau naturel de l'anxieux*.

La psycho-analyse, en concentrant toutes les puissances de l'esprit sur l'émotion pathogène, la renouvelle, l'entretient et la multiplie : elle ne peut aboutir qu'à la *culture de l'anxiété*, quand elle n'aboutit pas à celle de l'hystérie. Seul, en effet, l'hystérique présente cette particularité de guérir, le plus souvent, lorsqu'il a enfin saisi la genèse inconsciente de ses troubles et constaté l'espèce de duperie imaginative que, souvent avec la complicité naïve du médecin, il s'est infligée à lui-même, sans le savoir. Démasquer l'erreur imaginative, c'est peut-être la détruire. Il ne suffit pas, au contraire, de remonter à la cause occasionnelle de la préoccupation anxieuse et de démasquer l'erreur affective pour en supprimer la raison d'être, pas plus qu'il ne suffit de connaître la source d'un torrent pour être à même d'en arrêter le

cours. C'est beaucoup moins dans l'émotion occasionnelle que dans le *terrain* profond d'émotivité constitutionnelle que réside le secret du pronostic et du traitement de l'anxiété morbide.

Il ne faut pas oublier enfin que les paroxysmes de l'émotivité constitutionnelle sont, en général, transitoires ; ils comportent, par leur nature même, une évolution, que la thérapeutique ne peut modifier que dans une certaine mesure. Le médecin est trop aisément porté à méconnaître les lois de cette *évolution spontanée* des accidents et à s'attribuer, au nom de sa médication ou de sa psychothérapie, les honneurs d'une guérison, où le traitement n'a fait, tout au plus, que « favoriser la nature ».

Le psychiatre n'en doit pas moins avoir, dans son action personnelle, une *confiance*, sans doute mesurée et critique, mais profonde et agissante. La foi du médecin dans l'efficacité de sa thérapeutique est une condition indispensable du succès. Un sceptique et un pessimiste feraient de mauvais psychothérapeutes.

Même quand l'évolution, après un traitement prolongé, paraîtra défavorable, le médecin n'en continuera pas moins à lutter jusqu'au bout, sans défaillance. Il ne doit pas se décourager ni, surtout, laisser voir au malade son découragement. Le triomphe définitif, dans les cas difficiles, appartient, ici comme ailleurs, à ceux qui savent ne pas désespérer de la victoire. Au pessimisme maladif de l'anxieux le médecin

opposera l'optimisme éclairé de l'homme d'action. Il trouvera les paroles rassurantes qui réconforteront le malade. Il lui donnera l'exemple d'une énergie persévérante et d'une assurance inébranlable : il lui communiquera l'espoir des jours meilleurs et la volonté de la guérison. *Un bon pronostic est dynamogène* : c'est une idée-force qui tend à se réaliser d'elle-même. Et, dans certains cas, il faut savoir l'affirmer si haut qu'il devienne, en effet, la vérité.

CHAPITRE VI

L'ANXIÉTÉ DE GUERRE[1]

Pour révéler l' « anxiété constitutionnelle » ou susciter l' « anxiété acquise », l'*exposition au danger de guerre* a la valeur d'une *expérimentation psychologique* incomparable, portée au maximum de violence et de durée, et poursuivie à la fois sur des millions d'individus.

La déflagration des puissants explosifs de la guerre moderne, l'éclatement des grosses marmites, des torpilles et des minenwerfer réalisent les conditions les plus formidables de la *commotion* nerveuse et de l'*émotion-choc*. En cas de contusion directe, de projection à terre ou d'ensevelissement par explosion, l'ébranlement physique s'ajoute au traumatisme psychique et en multiplie les effets. Cependant, par une dissociation assez paradoxale, mais d'observation courante, la plaie de guerre avec délabrement des

1. Consulter, sur ce chapitre, les remarquables articles du Pr G. Dumas sur *La Psychiatrie en temps de guerre*. Revue de Paris, juillet 1916.

tissus et perte de substance est suivie, en règle générale, de troubles mentaux moins fréquents et moins intenses que la commotion simple, sans blessure. La secousse, l'élément mécanique semble l'emporter, dans la production des troubles nerveux, sur l'élément anatomique, c'est-à-dire sur l'importance, l'étendue et la profondeur de la lésion elle-même. D'autre part, la *disposition anxieuse* est mise en jeu, entretenue et poussée à son extrême limite par le danger de blessure, de mort et de captivité, qui, à chaque instant et de toutes parts, menace le soldat sur le champ de bataille : rafales d'artillerie et décharges de fusils ou de mitrailleuses, ciel parcouru par des avions qui repèrent les positions et rectifient les tirs, sol quelquefois miné, alertes, surprises de nuit, patrouilles, embuscades, perspectives d'attaques prochaines, de tirs de barrage, de gaz asphyxiants et de liquides enflammés, d'assauts à la baïonnette et de nettoyages de tranchées, cette possibilité incessante et universelle des plus grands malheurs surmène l'émotivité, et provoque un état d'exaspération anxieuse, à la fois suraigu par sa violence et chronique par sa durée. L'hypertension émotive est aggravée encore par la vision continuelle de spectacles d'horreur : le soldat, dans l'agonie atroce et les blessures difformes de ses compagnons d'armes, contemple, chaque jour, par avance, l'image du sort misérable qui l'attend peut-être et auquel il semble n'avoir échappé tant de fois que par miracle. Ajoutons les soucis d'ordre familial et commercial, la

crainte de la ruine, de la maladie et de la mort, pour les siens comme pour lui-même, souvent aussi la tristesse de savoir les parents et les êtres chers en pays envahi, l'absence de nouvelles ou les mauvaises nouvelles, les angoisses patriotiques et l'état de démoralisation lorsque les combats prennent une tournure fâcheuse, la menace enfin de punitions extrêmement sévères à la moindre défaillance, l'appréhension du jugement devant un conseil de guerre, la perspective du déshonneur et de l'exécution capitale ; cet ensemble de préoccupations est tel que, si l'on tient compte, par surcroît, des fatigues, des insomnies, des intempéries, des privations et des souffrances auxquelles les soldats sont soumis, dans certains secteurs et pendant certaines périodes, on s'étonne *a priori* que le système nerveux le plus résistant soit capable de supporter des épreuves si terribles et si prolongées, qui semblent surhumaines. L'expérience montre, au contraire, que, chez les soldats sains et suffisamment entraînés, les assauts et les bombardements les plus effroyables ne produisent pas de troubles psychiques graves et persistants ; tout au plus peut-on noter des états d'énervement, d'asthénie et d'obnubilation, qui ne tardent pas à disparaître dans le calme et la sécurité du cantonnement de repos. On doit donc admetttre que la *résistance morale du soldat bien équilibré est au-dessus de toutes les émotions de guerre,* sinon au-dessus de toutes les commotions de guerre, car la stupeur et l'obtusion transitoires sont de

règle, après l'éclatement très rapproché des grosses marmites et des torpilles.

De cet ensemble de constatations, il semble résulter que tout désordre psychique de quelque importance suppose, dans la très grande majorité des cas, une *prédisposition morbide*, d'ailleurs elle-même inversement proportionnelle à la puissance de la cause pathogène. L'expérience démontre, en effet, le rôle capital de l'*état antérieur* dans le traumatisme moral de guerre. Et, chaque fois que l'émotivité et l'anxiété sont en jeu, l'existence d'une *constitution émotive* et *anxieuse* est, sinon constante, du moins très fréquente.

Chez les émotifs et les anxieux, la guerre suscite des réactions morbides tout à fait semblables, dans leur déterminisme et leur tableau clinique, à celles qu'on observe en temps de paix, à la suite des émotions et commotions les plus diverses. Aussi, pour identifier la plupart des accidents psychiques survenus dans la zone des opérations militaires, suffit-il de se reporter aux précédents chapitres de ce volume, où nous avons décrit soit l'anxiété constitutionnelle avec ses paroxysmes et ses complications, soit l'anxiété acquise au cours des psychoses émotives et traumatiques.

Existe-t-il une *pathologie spéciale de l'anxiété* sur le champ de bataille, et, plus généralement, une *psychiatrie de guerre autonome* ? La guerre ne crée, à vrai dire, aucune maladie mentale nouvelle : mais elle provoque assurément des formes cliniques originales, des modifications, très particulières et

fort intéressantes, de la plupart des grands syndromes psychiatriques. Le degré de renouvellement de la psychose est d'ailleurs très variable : on peut distinguer, à cet égard, et d'après une gradation ascendante, toute une série d'éventualités étiologiques et cliniques, qui s'échelonnent depuis la psychose classique et traditionnelle, d'aspect à peine modifié, jusqu'à la psychose de guerre proprement dite.

Un mélancolique s'afflige et se désespère sur le champ de bataille, parce qu'il croit, à tort, qu'il est atteint d'une maladie grave et qu'il va mourir ; un persécuté raconte, avec indignation et terreur, les mauvais traitements que ses camarades lui font subir et les injures qu'ils lui adressent ; un alcoolique se sauve éperdument devant une meute de chiens hallucinatoires : ces malades s'inquiètent et se désolent, sur la ligne de feu, de la même manière et pour les mêmes raisons qu'ils pourraient le faire, à l'intérieur, et en dehors de la zone des armées. C'est de l'*anxiété pathologique du temps de paix*, accidentellement *transposée* sur les champs de bataille.

Souvent, cependant, cette anxiété morbide, éclose sur le champ de bataille, présente une *couleur* et une *allure martiales* assez caractéristiques.

Dans un travail récent sur « les *Délires guerriers* » dans la fièvre typhoïde [1], nous avons insisté sur la forme « guer-

1. Devaux et Logre, Les délires guerriers dans la fièvre typhoïde. *Presse Médicale* du 23 septembre 1915.

rière », si curieuse et si pittoresque, des préoccupations morbides, au cours de certains états toxi-infectieux. L'onirisme guerrier peut être considéré comme le rêve professionnel du soldat ; et ce rêve, par sa nature même, ajoute à son caractère professionnel un autre caractère, également classique, des représentations mentales oniriques : il est terrifiant.

Le *champ de bataille* : telle est l'*unité de lieu* à peu près constante des préoccupations, des visions, des fabulations et de l'automatisme mental des soldats atteints d'un état psychopathique, quel qu'il soit, toxi-infectieux, traumatique ou constitutionnel.

Les conceptions délirantes du *mélancolique* sont presque toujours les mêmes : il a mal rempli son devoir militaire, il a trahi, il va passer en conseil de guerre et son exécution capitale est imminente.

Le *persécuté* se sent atteint par la calomnie dans son honneur patriotique ; on veut le faire passer pour un espion, on le traite de « Boche » ; d'autres fois, on le fait repérer par l'artillerie adverse, ou bien on cherche à le tuer en ayant l'air de tirer sur l'ennemi. Mais, si le délirant onirique est le plus souvent assailli par des légions de « Boches » qui le poursuivent, le persécuté paranoïaque est en butte, au contraire, à la malveillance de ses compatriotes : l'*ennemi national* de l'onirique diffère profondément de l'*ennemi particulier* du délirant paranoïaque.

En somme, dans tous ces cas, l'état psychopathique, avec réaction anxieuse, conserve sa physionomie générale et ses traits essentiels ; mais l'*actualité* de la guerre impose à l'idéation un *contenu représentatif* nouveau et une *couleur locale révélatrice*.

Dans une autre série d'observations, l'anxiété n'emprunte plus seulement aux événements de la guerre son cadre extérieur et sa couleur locale, elle leur doit encore, au moins en partie, son éclosion, son *étiologie*.

Voici un *mélancolique*, déprimé et désespéré parce qu'il vient d'apprendre une mauvaise nouvelle, la mort d'un frère, tombé à l'ennemi, ou de sa femme, décédée au loin et en son absence ; chez un autre émotif, l'anxiété mélancolique succède, par voie d'aggravation progressive, à l'inquiétude légitime du soldat privé de nouvelles et dont la famille est restée en pays envahi. Chez un paranoïaque interprétateur, un délire de *jalousie* éclôt et se systématise, à la suite d'une lettre anonyme lui signalant la mauvaise conduite de sa femme : il croit que ses camarades, pendant leur permission, se rendent à son domicile pour le tromper, et il en voit la preuve dans leurs attitudes, leurs gestes et leurs propos les plus insignifiants.

L'anxiété *neurasthénique* emprunte, elle aussi, aux circonstances de la guerre, en même temps qu'une étiologie fréquente, un aspect clinique assez particulier. Tel officier, dont la résistance nerveuse a succombé sous un cumul étiologique

écrasant d'émotions et de fatigues, se préoccupe surtout de son asthénie et de ses malaises, parce qu'il craint de ne plus pouvoir rester à la tête de ses troupes, et d'être changé de secteur ou rayé des cadres ; tel autre neurasthénique, en proie à une inquiétude plus égoïste, redoute les bruits qui résonnent douloureusement à ses oreilles ; il supplie qu'on le tienne à l'écart des champs de bataille et du lieu de passage des troupes ou des convois de ravitaillement.

Il n'est pas jusqu'à l'*hystéro-traumatisme* et à la simulation du temps de guerre dont la pathogénie ne comporte un coefficient très notable d'anxiété sous-jacente ; car, si l'hystéro-traumatisme apparaît si rebelle et la simulation si tenace, c'est parce que le trouble d'imagination plastique et créatrice s'est greffé sur un fond d'émotivité profonde, à caractère anxieux. C'est la *peur de retourner au combat*, c'est cette appréhension, souvent très intense et quelquefois même pathologique, notamment chez les anciens blessés, qui intervient à l'origine des accidents hystériques, les prolonge et les immobilise dans une sorte d'ankylose psychique très difficile à vaincre.

Nous arrivons maintenant à l'anxiété de guerre véritable, à celle qui est suscitée par l'émotion de guerre elle-même et sous la forme d'une *psychose émotive*, ou émotivo-confusionnelle.

La *psychose émotive de guerre* se manifeste sous des aspects cliniques très différents. Nous distinguerons, d'une part, les

variétés *confusionnelles*, et d'autre part, les variétés *émotives, proprement dites*.

Les variétés *confusionnelles* sont extrêmement fréquentes. Elles nous intéressent assez peu dans une étude portant sur l'anxiété de guerre : car, si la cause du syndrome est une émotion, le plus souvent anxieuse, l'effet, la conséquence psychique est un état d'obnubilation, de désordre ou de délire, dont l'émotivité anxieuse se trouve quelquefois entièrement exclue. Cette confusion mentale de guerre ressemble à telle ou telle autre variété de confusion classique. On note, en effet, des formes *stupides*, des formes *agitées*, et des formes *délirantes*. Certaines réactions d'*automatisme ambulatoire*, en apparence calme et lucide, rappellent l'absence ou la fugue épileptiques ; d'autres états, marqués surtout par du désordre moteur avec tics, stéréotypies, catalepsie, folie d'opposition, reproduisent le *syndrome hebéphrénique*, mais guérissent d'ordinaire assez rapidement, au bout de quelques semaines. Parfois encore, l'émotion anxieuse donne naissance à une crise d'*hypomanie*, suivie ou non d'amnésie. L'anxiété initiale peut donc engendrer secondairement une psychose, caractérisée non seulement par l'indifférence et l'impassibilité, mais encore par un état d'excitation joyeuse.

La forme de confusion mentale décrite par le Pr Chavigny [1] sous le nom d' « *aprosexie* » est un exemple de confusion

1. CHAVIGNY, La psychiatrie aux armées. *Paris Médical*, 23 octobre 1915.

mentale inémotive où le trouble de l'attention, l' « aprosexie », domine le tableau morbide : le masque rigoureusement impassible, qui contraste avec la mobilité extrême du regard, donne au malade une apparence d'oiseau en cage, tournant incessamment la tête du côté des objets lumineux ou des bruits inattendus.

Par contre, il arrive souvent que la confusion mentale de guerre, lorsqu'elle a été provoquée par un traumatisme moral très intense, porte en elle-même le témoignage clinique de son origine émotive : on observe alors que le *souvenir de la scène d'horreur* accapare et terrifie l'esprit du sujet dans une sorte de *monoïdéisme anxieux* et confusionnel.

La variété de confusion mentale pittoresquement décrite par M. Milian[1] sous le nom d' « *Hypnose des batailles* » est une forme classique de confusion émotive stupide, avec idée fixe, d'origine préonirique, surgissant et s'imposant dans le rêve comme un souvenir angoissant et dominateur.

Mais l'anxiété de guerre la plus intéressante, à notre avis, est celle qui relève de la *constitution anxieuse* et de ses multiples manifestations. Comment l'émotif constitutionnel réagit-il à l'épreuve de la guerre, comment se comporte-t-il sur le champ de bataille, à l'assaut ou dans la tranchée ?

On constate, en fait, qu'un grand nombre d'émotifs, malgré l'intensité de leurs réactions nerveuses, malgré leur trou-

1. MILIAN, L'hypnose des batailles. *Paris Médical*, 2 janvier 1915.

ble, leurs sursauts, leurs battements de cœur, sont susceptibles, par un effort de volonté, de dissimuler leur désarroi intérieur et de se conduire, sinon avec intrépidité, du moins avec vaillance. L'émotif se montre alors courageux tout comme un autre, et, peut-on dire, avec plus de mérite, puisqu'il l'est avec effort : il ressemble au cavalier qui, pour avancer à son rang, doit maîtriser sa monture qui se cabre. D'ailleurs, l'*accoutumance* accomplit son œuvre habituelle, même chez les grands émotifs : ils s'entraînent et s'aguerrissent. Mais, à certains jours, après des secousses plus vives ou par suite d'oscillations spontanées de l'humeur, on peut constater chez eux des défaillances passagères qui étonnent. Leur bravoure, capable de s'élever aussi haut que celle des sujets mieux équilibrés, apparaît, en général, moins stable et moins sûre.

Chez d'autres émotifs, l'accoutumance à la vie guerrière est impossible : ils sont atteints de *poltronnerie pathologique* [1]. Leur anxiété est l'*anxiété de guerre* par excellence, puisqu'elle ressortit à la psychiatrie d'armée, non seulement par son cadre, son étiologie occasionnelle et ses conséquences médico-légales, mais encore par son objet, qui est la peur du danger de guerre ; elle révèle et mesure l'*incapacité d'adaptation psychologique du soldat à sa fonction du combattant* ; son étude se confond avec celle de la *pathologie du courage guerrier*.

1. *La Poltronnerie pathologique*, par Abadie et Logre. En préparation.

Il y a des émotifs, qui ne peuvent s'acclimater sur le champ de bataille, et qui sont, cependant, de *faux poltrons*. Il s'agit alors de sujets anxieux, dont la préoccupation n'est pas précisément la peur du danger, mais une crainte, indirecte et anormale, de certaines conditions de l'existence guerrière. Un *obsédé*, atteint de « manie de la propreté », ne peut demeurer dans la tranchée parce que tout y est sale, à son avis ; tout y sent mauvais ; il passe son temps à laver ses effets et ceux de ses camarades, il prend part à toutes les corvées de propreté et s'en impose un grand nombre d'autres en dehors du service et de gaîté de cœur. Voyant enfin qu'il est impuissant à tout nettoyer et qu'il succombe dans sa lutte contre la boue, il se livre à une fugue anxieuse. De même, un *hypocondriaque*, attentif uniquement à sa santé, physique et morale, redoute, non les obus, mais le fâcheux retentissement des explosions sur son équilibre cérébral ; il craint de tomber fou ; il s'écrie naïvement : « Et mon médecin qui m'a interdit les émotions ! » Il se sauve, lui aussi, abandonnant son poste, dans un raptus émotif et confusionnel.

Le *vrai poltron* est dominé, au contraire, par la peur incoercible du danger de guerre. Il a la *phobie des tranchées*, la *phobie du champ de bataille*. Ses camarades se moquent de ses alarmes, de ses sursauts, de son affolement. On le traite de « froussard », on le montre au doigt. Les chefs renoncent à l'employer, car on ne peut compter sur lui : il est pratiquement indisponible, sous le feu de l'ennemi. Non seulement

on ne l'emmène plus dans les patrouilles, mais on ne lui confie même plus les gardes. On le relègue à la cuisine, où il gâte les plats dans sa maladresse émotive. On lui fait laver le linge de ses camarades. On l'embusque, autant qu'il est possible d'embusquer dans la tranchée.

L'émotivité chronique, selon sa loi générale, peut s'exaspérer sous forme d'*anxiété subaiguë*. Le sujet devient alors un malade véritable. Il ne dort plus, ne mange plus, présente des troubles gastro-intestinaux, s'anémie et dépérit. Il a peur. Il gémit, tressaille aux bruits et se cache ; il répète en lui-même, à chaque coup de canon, à chaque sifflement d'obus : « Celui-ci est pour moi. » Il se fait porter malade et n'est pas toujours reconnu. Souvent, il quitte son poste, soit délibérément, après préméditation ou même avec un complice, soit impulsivement, dans un raptus anxieux.

On observe encore des accidents *aigus*, des *crises émotives*, avec angoisse, sensation de boule, constriction à la gorge et compression à l'épigastre, tendances lipothymiques. Ces crises n'ont, bien entendu, rien de commun avec l'hystérie, excepté lorsque le sujet les exploite et les embellit, d'une façon plus ou moins inconsciente, par quelque mise en scène supplémentaire.

Les nuances et les complications de cette poltronnerie pathologique sont multiples. Chez beaucoup de sujets, la peur présente un caractère *obsédant*. Le poltron a honte de sa poltronnerie ; il lutte contre elle avec angoisse ; il de-

mande assistance, avertit ses chefs, consulte le médecin, supplie qu'on le surveille et qu'on ne le laisse pas seul ; il cherche à tromper sa crainte par des *moyens de défense* (amulettes, formules magiques, confiance accordée à certains gourbis, à certaines portions de la tranchée, pratiques religieuses et superstition). Il s'éloigne de la première ligne sous un faux prétexte, espérant revenir presque aussitôt, après s'être calmé ; mais il lui arrive de s'enfuir à l'arrière, malgré lui, éperdûment.

Chez ces prédisposés, ces phobiques de la tranchée, les *complications* psychopathiques, d'origine émotionnelle et commotionnelle, se développent avec une fréquence et une intensité remarquables. Un émotif, contraint, après un bombardement, de ramasser les cadavres de ses camarades, dont les bras ou les jambes fracassés lui restent dans la main, entre dans un état complexe d'excitation et de désordre psychiques, à type maniaque et confusionnel ; un autre, à la suite d'une violente commotion, s'enfuit, dans un délire de rêve, en proie à une idée fixe préonirique, et croyant exécuter un ordre, qu'on lui a en effet donné, mais qui n'a plus sa raison d'être. Dans les *fugues de ces poltrons*, toutes les variétés d'automatisme ambulatoire, de nature émotive et confusionnelle, peuvent être observées.

En présence de ces fugues, de ces *abandons de postes* et de ces *désertions*, provoquées ou favorisées par une émotivité anormale, on conçoit l'intérêt capital qui s'attache, pour le

médecin expert, à la solution de ce *problème médico-légal* très précis : dans quels cas et dans quelle mesure, l'absence de courage, la lâcheté et la fuite devant l'ennemi peuvent-elles être regardées comme pathologiques, c'est-à-dire comme excusables et susceptibles d'entraîner l'*irresponsabilité* pénale devant un conseil de guerre ?

En regard des poltrons par anxiété ancienne et habituelle, il faut placer les poltrons par disposition anxieuse accidentelle, par *constitution émotive acquise*.

A la suite d'un gros choc émotif, accompagné ou non de commotion physique et de blessure, le sujet, qui était brave, *devient poltron*. Il est déchu de son courage guerrier. En entendant le canon, il a peur, il tremble, et ne peut cacher ni maîtriser son désarroi. Il est atteint, en quelque sorte, d'*anaphylaxie émotive* : il ne peut plus résister victorieusement à l'angoisse des champs de bataille. Cette *lâcheté acquise* est le résultat d'un traumatisme moral de guerre, contracté dans le service. Atteint dans son corps, le soldat aurait droit aux égards qu'on prodigue aux blessés. Atteint dans son esprit, il a, en réalité, les mêmes droits. Il est, au sens propre et militaire du mot, un invalide, mais un invalide moral, un *invalide du courage*.

L'anxiété de guerre ne sévit pas seulement sur le champ de bataille. Elle atteint, à l'arrière, certains mobilisés qui appréhendent leur envoi sur le front (anxiété de la mobilisation et de l'envoi au front) ; elle frappe aussi, sur le

territoire et en pays envahi, les civils, et, en pays ennemi, les prisonniers.

M. Rénon a récemment décrit sous le nom d' « angoisse de guerre » une psychonévrose anxieuse, observée à l'arrière chez des déséquilibrés émotifs : il en a esquissé un tableau clinique, très exact et très vivant, que nous reproduisons en grande partie : « L'angoisse de guerre, dit-il, est une maladie des civils en relation directe avec l'état de guerre..... C'est un état névropathique accompagné de signes physiques nettement spécialisés. Il se développe, soit chez des personnes ayant aux armées un être qu'elles aiment, soit chez des sujets dont la situation matérielle et morale a été bouleversée par la guerre, chez les réfugiés, chez les particuliers dont les affaires sont plus ou moins compromises, soit chez des gens qui ne sont lésés ni dans leurs affections, ni dans leurs intérêts, mais qui, très patriotes, ont pris à grand cœur toutes les destinées du pays qu'ils redoutent de voir sombrer dans la tourmente générale..... L'angoisse de guerre évolue surtout sur le terrain névropathique et arthritique.

« Cette affection débute généralement par de l'insomnie et elle arrive presque d'emblée à sa période d'état. Elle est alors caractérisée par des signes subjectifs et par des signes physiques. Parmi les premiers, il faut noter une anxiété spéciale qui augmente à la moindre impression venue du dehors, sonnette de l'appartement, sonnerie du téléphone, apport d'une lettre ou d'un télégramme. On pense de suite

à la possibilité d'une mauvaise nouvelle. Cette anxiété augmente à certains moments de la journée, notamment aux heures des communiqués..... Le caractère se modifie : il devient instable, s'aigrit, rendant la vie souvent difficile dans la maison.

« Les signes physiques sont très nets. Ils comprennent des troubles vasculaires et des troubles de la réflectivité générale. Du côté de la circulation, on note de la tachycardie, oscillant entre 90 à 120 pulsations par minute, tachycardie sinusale, sous la dépendance d'une action prédominante du sympathique. La tension artérielle est toujours abaissée. A l'oscillomètre de Pachon, la tension maxima subit une baisse de deux à cinq centimètres de mercure et la tension minima une baisse de un centimètre à deux centimètres et demi. De plus, on constate souvent des battements épigastriques de l'aorte.

« Du côté de la réflectivité, il existe toujours de l'exagération du réflexe rotulien et du réflexe achilléen. On note presque constamment du dermographisme. La recherche du réflexe oculo-cardiaque par la compression des deux yeux amène, dans la majorité des cas, une accélération du pouls... Le réflexe est donc le plus souvent inverse.

« L'évolution de l'angoisse de guerre est en rapport direct avec la situation militaire et diplomatique. Elle s'aggrave au moment des grandes actions militaires. Elle a atteint son paroxysme lors de la retraite de Charleroi, à l'époque des

menaces ennemies sur Paris, au moment de la bataille de la Marne et de l'offensive de Champagne..... Avec le temps, il se produit une accoutumance assez marquée.

« Au point de vue nosographique, l'angoisse de guerre n'est complètement assimilable ni à l'ancienne hystérie ni à la neurasthénie, ni à aucun des types de névroses d'Axenfeld et Huchard, ni à la psychasténie[1]. »

Cette affection appartient, en effet, conformément à la thèse fondamentale exposée dans ce volume, à la *pathologie autonome de l'émotivité* : c'est un type de psychopathie anxieuse, où nous retrouvons l'ensemble des signes psychiques et physiques de la « *constitution anxieuse* ».

Mais ici cette constitution est en partie acquise ; elle est, tout au moins, révélée par la grande épreuve psychologique de la guerre. Il semble, enfin, qu'elle soit transitoire, et destinée, après amélioration sous l'influence d'une bonne psychothérapie, à disparaître entièrement avec l'ensemble des conditions politiques et militaires qui lui ont donné naissance ; c'est une forme clinique intéressante d'*inadaptation émotive à l'état de guerre chez les civils*.

1. L'angoisse de guerre et son traitement, par M. Louis Rénon. *Bulletin général de thérapeutique*, mars 1916.

TABLE DES MATIÈRES

CHARTRES. — IMPRIMERIE DURAND, RUE FULBERT.

MASSON ET CIE, ÉDITEURS
LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, PARIS



COLLECTION HORIZON
PRÉCIS DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE DE GUERRE

Les Traités de Médecine et de Chirurgie d'avant guerre conservent encore toute leur valeur, mais ne contiennent pas les notions acquises au cours des récents événements. — Cette *COLLECTION* réunit dans des monographies courtes et pratiques tout ce que la guerre a apporté de connaissances nouvelles. Ces petits *PRÉCIS* sont signés par quelques-uns des spécialistes à qui sont principalement dus les progrès de la Médecine et de la Chirurgie de Guerre.

CHACUN DES VOLUMES DE CETTE COLLECTION EST MIS EN VENTE AU PRIX DE 4 FRANCS

Volumes parus (avril 1917) :

La Fièvre typhoïde et les Fièvres paratyphoïdes. (*Symptomatologie. Etiologie. Prophylaxie*), — par H. VINCENT, Médecin-Inspecteur de l'Armée, Membre de l'Académie de Médecine, et L. MURATET, Chef des Travaux à la Faculté de Médecine de Bordeaux (2e *édition sous presse*).

Les Dysenteries. Le Choléra. Le Typhus exanthématique. (*Symptomatologie. Etiologie. Prophylaxie*), — par H. VINCENT, Médecin-Inspecteur de l'Armée.

La Syphilis et l'Armée, — par G. THIBIERGE, Médecin des Hôpitaux de Paris.

Hystérie - Pithiatisme et Troubles nerveux d'ordre réflexe *en Neurologie de guerre*, — par J. BABINSKI, Membre de l'Académie de Médecine, et J. FROMENT, Agrégé.

Psychonévroses de Guerre, — par les Drs G. ROUSSY, Professeur agrégé à la Faculté de Paris, et J. LHERMITTE, ancien chef de laboratoire à la Faculté de Paris (*avec 13 planches*).

Formes cliniques des Lésions des Nerfs, — par Mme ATHANASSIO-BENISTY, Interne des Hôpitaux de Paris, avec Préface du Pr Pierre MARIE, Membre de l'Académie de Médecine (*avec 81 figures originales et 7 planches en noir et en couleurs*).

Traitement et Restauration des Lésions des Nerfs, — par Mme ATHANASSIO-BENISTY, Interne des Hôpitaux de Paris. Préface du Prof. Pierre MARIE (*avec 62 fig. et 4 planches*).

Blessures du Crâne et du Cerveau. *Formes cliniques et Traitement médico-chirurgical*, — par Charles CHATELIN et DE MARTEL (*avec 98 fig. et 4 planches hors texte*).

Le Traitement des Plaies infectées, — par A. CARREL et G. DEHELLY (*avec 78 figures et 4 planches hors texte*).

Les Blessures de l'abdomen, — par J. ABADIE (d'Oran), Correspondant National de la Société de Chirurgie, avec Préface du Dr J.-L. FAURE (*avec 66 fig. et 4 planches hors texte*).

Les Blessures des vaisseaux, — par L. SENCERT, Professeur agr. à la Faculté de Médecine de Nancy (*68 fig. et 2 planches*).

Traitement des Fractures, — par R. LERICHE, professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Lyon (*2 volumes*).

TOME I. — *Fractures articulaires (avec 97 figures)*.
TOME II. — *Fractures diaphysaires (avec 156 figures)*.

Fractures de l'Orbite — par LAGRANGE, Professeur à la Faculté de Bordeaux (*avec 77 figures et 2 planches*).

Les Fractures de la Mâchoire inférieure, — par L. IMBERT, Correspondant National de la Société de Chirurgie, et Pierre RÉAL (*avec 97 figures et 5 planches hors texte*).

Les Séquelles Ostéo-Articulaires *des Plaies de Guerre.* — par Aug. BROCA, Professeur d'Anatomie topographique à la Faculté de Médecine de Paris (*avec 112 figures originales*).

La Prothèse des Amputés, *en Chirurgie de guerre.* — par Aug. BROCA, Professeur à la Faculté de Paris, et DUCROQUET, Chirurgien Orthopédiste de l'Hôpital Rothschild (*avec 210 fig.*)

Localisation et extraction des projectiles, — par OMBRÉDANNE, Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris, Chirurgien des Hôpitaux, et R. LEDOUX-LEBARD, Chef du Service Physiothérapique de la 9e région (*avec 225 fig. et 8 planches*).

Guide pratique du Médecin dans les expertises médico-légales militaires, — par DUCO et BLUM.

Paraîtra prochainement :

Otites et Surdités de Guerre, — par H. BOURGEOIS et SOURDILLE.

Vient de paraître :

J. TINEL

Ancien chef de Clinique et de Laboratoire de la Salpêtrière.
Chef du Centre Neurologique de la IVe Région.

Les Blessures des Nerfs

Sémiologie des Lésions nerveuses périphériques par Blessures de Guerre

Avec Préface du Professeur J. DEJERINE

1 vol. gr. in-8, de 320 p. avec environ 350 fig. originales **12** fr. 50

Aug. **BROCA**
[illegible] à la Faculté de Médecine de Paris

Vient de paraître :

Précis
de
Médecine Opératoire

1 *volume in-8 de la COLLECTION DES PRÉCIS MÉDICAUX*, **avec 510 figures dans le texte** . . . . **9 fr.**

Ce précis est un guide pour les étudiants qui préparent l'épreuve pratique de médecine opératoire. Il comporte 510 figures : les dessins anatomiques sont presque tous de Farabeuf, et reproduisent les superbes planches murales qui servaient à son enseignement. Quant à la technique opératoire, elle est documentée par des dessins exécutés d'après la collection de photographies formée par l'auteur. Une heureuse disposition typographique a placé le texte dans le voisinage immédiat de l'illustration qui s'y rapporte.

P. POIRIER
Professeur d'anatomie à la Faculté de Médecine de Paris, Chirurgien des hôpitaux, Membre de l'Académie de Médecine.

Amédée **BAUMGARTNER**
Ancien prosecteur à la Faculté de Médecine de Paris, Chirurgien des hôpitaux.

Dissection

3e *édition*, [illegible] *pages*, 241 *figures* . . . . **8 fr**

H. ROUVIÈRE
Chef des travaux anatomiques et professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris

Anatomie et Dissection

TOME I. — **Têle, Cou, Membre supérieur**

[illegible] *pages*, [illegible] *figures, presque toutes en couleurs* . . . . . **12 fr.**

TOME II (*et dernier*). — **Thorax, Abdomen, Bassin Membre inférieur**

[illegible] *pages*, [illegible] *figures* . . . . **12 fr.**

G.-H. ROGER
Professeur à la Faculté de Paris

Introduction à l'Étude de la Médecine

5e édit., [illegible] p. avec un Index explicatif des termes les plus usités. **10** fr.

J. COURMONT
Professeur à la Faculté de Lyon

AVEC LA COLLABORATION DE
Ch. LESIEUR et A. ROCHAIX

Hygiène

810 *pages*, 227 *figures en noir et en couleurs* . . . . **12** fr.

Ét. MARTIN
Professeur à la Faculté de Lyon

Déontologie et Médecine professionnelle

Un volume de [illegible] pages . . . . **5** fr.

G. WEISS
Professeur à la Faculté de Paris

Physique biologique

3e édition, 566 pages, 575 figures . . . . **7** fr.

M. LETULLE
Professeur à la Faculté de Paris

L. NATTAN-LARRIER
Ancien chef de Laboratoire à la Faculté

Anatomie Pathologique

TOME I. — *Histologie générale. App. circulatoire, respiratoire.*
940 *pages*, 248 *figures originales* . . . . **16** fr.
TOME II (et dernier). — *En préparation.*

Maurice ARTHUS
Professeur à l'Université de Lausanne

Physiologie

4e édition, 930 pages, 320 figures . . . . **12** fr.

M. ARTHUS

Chimie physiologique

7e édition, 430 pages, [illegible] figures, 5 planches en couleurs . . . **7** fr.

E. BRUMPT
Professeur agrégé à la Faculté de Paris

Parasitologie

2e édition, 1011 pages, 698 figures et 4 planches en couleurs. **14** fr.

Vient de paraître :

G. ROUSSY
Professeur agrégé, Chef des Travaux d'Anatomie pathologique à la Faculté de Paris.

I. BERTRAND
Externe des Hôpitaux de Paris.
Moniteur des Travaux pratiques d'anatomie pathologique

Travaux pratiques d'Anatomie Pathologique

EN QUATORZE SÉANCES

— Préface du Professeur Pierre MARIE —

1 *vol. in-8 de* VI-224 *pages, avec* 100 *planches, relié* . . . . . . 6 fr.

Ce volume présente sous forme d'atlas, avec texte détaillé en regard des figures, toutes les coupes étudiées dans les séances de travaux pratiques par les étudiants. Ce petit précis sera également utile aux spécialistes à qui il rappellera sous une forme concise les principaux types d'histologie pathologique microscopique.

Gustave ROUSSY
Professeur agrégé à la Faculté de Paris.

Jean LHERMITTE
Ancien chef de laboratoire à la Faculté

Les Techniques anatomo-pathologiques du Système nerveux

1 *vol. petit in-8, de* XVI-255 *pages, avec figures, cartonné toile* . . . 5 fr.

H. BULLIARD
Préparateur d'histologie à la Faculté

Ch. CHAMPY
Prof. agrégé à la Faculté de Paris

Abrégé d'Histologie

Vingt leçons avec notions de technique

Préface du Professeur A. PRENANT

1 *vol. in-8, de* 300 *pages,* 158 *figures et* 4 *planches en couleur, cartonné toile* . . . . 6 fr.

Ch. BOUCHARD
Professeur honoraire de pathologie générale
à la Faculté de Paris
Membre de l'Académie des Sciences
et de l'Académie de Médecine.

G.-H. ROGER
Professeur de pathologie expérimentale
à la Faculté de Paris.
Membre de l'Académie de Médecine,
Médecin de l'Hôtel Dieu

Nouveau Traité de
Pathologie générale

Quatre volumes grand in-8, avec nombreuses figures dans le texte, reliés toile.

Volumes parus :

TOME I. — 1 *vol. gr. in-8 de* 909 *pages, relié toile* . . . . . . **22** fr.

COLLABORATEURS DU TOME I : **Ch. ACHARD, J. BERGONIÉ, P.-J. CADIOT et H. ROGER, P. COURMONT, M. DUVAL et P. MULON, A. IMBERT, J.-P. LANGLOIS, P. LE GENDRE, F. LEJARS, P. LENOIR, Th. NOGIER, H. ROGER, P. VUILLEMIN.**

Matières contenues dans ce volume : *Introduction. — Pathologie comparée de l'homme et des animaux. — Notions de Pathologie végétale. — Étiologie et pathogénie. — Pathogénie générale de l'Embryon; Tératogénie. — L'Hérédité et la Pathologie générale. — Immunités et prédispositions morbides. — De l'Anaphylaxie. — Les Agents mécaniques. — Influence du travail professionnel sur l'organisme. — Les Variations de Pression extérieure. — Actions pathogenes des Agents Physiques. — La lumière. — Les Agents chimiques; Les Caustiques.*

TOME II. — 1 *vol. gr. in-8, de* 1174 *pages,* 204 *fig. Relié toile.* **28** fr.

COLLABORATEURS DU TOME II : **Fernand BEZANÇON, E. BODIN, Jules COURMONT, Jules GUIART, A. ROCHAIX, G.-H. ROGER, Pierre TEISSIER**

Matières contenues dans ce volume : *Les Intoxications et les Auto-intoxications. — Parasitisme et Infection : Étiologie générale. — Les Bactéries. — Les Champignons parasites de l'Homme. — Biologie et rôle pathogène des Parasites animaux. — La Maladie Infectieuse : Étude pathogénique.*

L'ouvrage sera complet en 4 volumes. On acceptera des souscriptions jusqu'à l'apparition du tome III, au prix de 105 francs.

G.-M. DEBOVE
Doyen de la Faculté de Médecine de Paris

Ch. ACHARD
Professeur à la Faculté

J. CASTAIGNE
Professeur agrégé à la Faculté

Manuel des
Maladies du Foie
et des Voies Biliaires

Par **J. CASTAIGNE** et **M. CHIRAY**

1 *vol. de* [illegible] *pages, avec 300 figures dans le texte* . . . . . . **20 fr.**

Manuel des
Maladies du Tube digestif

Tome I : *BOUCHE, PHARYNX, ŒSOPHAGE, ESTOMAC*

par **G. PAISSEAU, F. RATHERY, J.-Ch. ROUX**

1 *vol. grand in-8, de 725 pages, avec figures dans le texte* . . **14 fr.**

Tome II : *INTESTIN, PÉRITOINE, GLANDES SALIVAIRES, PANCRÉAS*

par **M. LOEPER, Ch. ESMONET, X. GOURAUD, L.-G. SIMON, L. BOIDIN** et **F. RATHERY**

1 *vol. grand in-8, de 810 p., avec 116 figures dans le texte* . . **14 fr.**

Manuel des
Maladies de la Nutrition
et Intoxications

par **L. BABONNEIX, J. CASTAIGNE, Abel GY, F. RATHERY**

1 *vol. grand in-8,* [illegible] *p., avec 118 fig. dans le texte* . . . **20 fr.**

Vient de paraître :

Gaston LYON

Ancien chef de clinique médicale à la Faculté de Médecine de Paris.

Traité élémentaire de Clinique thérapeutique

NEUVIÈME ÉDITION, REVUE ET AUGMENTÉE

1 fort volume gr. in-8 de XII-1701 *pages, relié toile* . . . . . . **28** fr.

Le *Traité de Clinique Thérapeutique* est un ouvrage classique. La neuvième édition qui se présente aujourd'hui au public a été considérablement remaniée. Parmi les chapitres refondus, signalons ceux qui traitent de : maladies de l'œsophage ; entéro-colites ; dysenteries ; constipation ; ictères ; hémoptysie ; mal de Bright ; albuminuries ; typhoïdes et paratyphoïdes ; syphilis, etc., etc...

Vient de paraître :

G. LYON — Ancien chef de clinique à la Faculté de Médecine de Paris.

P. LOISEAU — Ancien préparateur à l'École supérieure de Pharmacie de Paris.

Formulaire Thérapeutique

COMFORME AU CODEX DE 1908

AVEC LA COLLABORATION DE MM.

L. DELHERM et Paul-Émile LÉVY.

Dixième édition, entièrement revue et augmentée en 1916

1 volume in-18 sur papier indien très mince, *relié maroquin*. **9** fr.

Cet ouvrage dont la neuvième édition avait paru à la veille de la guerre s'est, malgré et pendant les hostilités, rapidement épuisé. La dixième édition, mise au point par les auteurs, comporte de profondes modifications. Toutes les marques allemandes ont été supprimées ; celles qui désignent les produits devenus classiques ont été signalées et soigneusement accompagnées de leur équivalent français, de manière à guider les médecins dans la rédaction de leurs ordonnances.

BIBLIOTHÈQUE DE THÉRAPEUTIQUE CLINIQUE
à l'usage des Médecins praticiens

P. LE GENDRE
Médecin de l'Hôpital Lariboisière

A. MARTINET
Ancien interne des Hôpitaux de Paris.

Thérapeutique Usuelle
des Maladies de la Nutrition

1 *vol. in-8 de* 429 *pages* . . . . 5 fr.

Alfred MARTINET

Thérapeutique Usuelle
des Maladies de l'Appareil Respiratoire

1 *vol. in-8 de* IV-295 *pages, avec figures, broché* . . . . . . 3 fr. 50

P. LE GENDRE et **A. MARTINET**

Les Régimes usuels

1 *vol. in-8 de* IV-434 *pages, broché*. . . . . 5 fr.

Régimes : à l'état normal ; systématiques ; dans les maladies. Alimentation artificielle.

Clinique Hydrologique

Par les Drs F. BARADUC, Félix BERNARD, M. E. BINET, J. COTTET, L. FURET, A. PIATOT, G. SERSIRON, A. SIMON, E. TARDIF.

1 *vol. in-8 de* X-636 *pages*. . . . . 7 fr.

Vient de paraître :

Alfred MARTINET

Eléments de Biométrie

1 *vol. grand in-8 de* 102 *pages, avec* 72 *figures et nombreux tableaux dans le texte* . . . . 4 fr.

Alfred MARTINET

Clinique et Thérapeutique Circulatoires

1 *vol. in-8 de* 584 *pages, avec* 222 *figures dans le texte* . . . . 12 fr.

Alfred MARTINET

Pressions artérielles et Viscosité sanguine

CIRCULATION — NUTRITION — DIURÈSE

1 *vol. in-8 de* 273 *pages, avec* 102 *figures en noir et en couleurs.* 7 fr.

Dr Francis HECKEL

Culture physique et Cures d'exercice

1 *vol. in-8 de* 624 *pages, avec* 24 *planches* . . . . 10 fr.

Ce livre est un exposé pratique des techniques de culture physique et des procédés d'entraînement corporel — qui se complète heureusement par une méthode générale de traitement d'un certain nombre d'affections où la valeur des cures d'exercice est manifeste.

A. LAVERAN
Professeur à l'Institut Pasteur
Membre de l'Institut
et de l'Académie de Médecine

F. MESNIL
Professeur
à l'Institut Pasteur

Trypanosomes et Trypanosomiases

DEUXIÈME ÉDITION, ENTIÈREMENT REFONDUE

1 *vol. gr. in-8 de* VIII-1000 *pages, avec* 198 *figures dans le texte et une planche hors texte en couleurs. . . . .* **25** fr.

R. SABOURAUD
Directeur du Laboratoire Municipal à l'Hôpital Saint-Louis.

Maladies du Cuir Chevelu

TOME I. — *Les Maladies Séborrhéiques : Séborrhées, Acnés, Calvitie.*
1 *vol. gr. in-8, avec 91 figures en noir et en couleurs . . . .* **10** fr.

TOME II. — *Les Maladies desquamatives : Pityriasis et Alopécies pelliculaires*
1 *vol. gr. in-8, avec* 122 *figures en noir et en couleurs . . .* **22** fr.

TOME III. — *Les Maladies cryptogamiques : Les Teignes*
1 *vol. gr. in-8, de* VI-855 *pages, avec* 433 *fig. et* 28 *planches. .* **30** fr.

La Pratique Dermatologique

PUBLIÉE SOUS LA DIRECTION DE MM.

Ernest BESNIER, L. BROCQ, L. JACQUET

PAR MM.

AUDRY, BALZER, BARBE, BAROZZI, BARTHÉLEMY, BÉNARD, Ernest BESNIER, BODIN, BRAULT, BROCQ, DE BRUN, COURTOIS-SUFFIT, DU CASTEL, CASTEX, DARIER, DEHU, DOMINICI, DUBREUILH, HUDELO, JACQUET, JEANSELME, LAFFITTE, LENGLET, LEREDDE, MERKLEN, PERRIN, RAYNAUD, RIST, SABOURAUD, SÉE, THIBIERGE, TREMOLIÈRES, VEYRIÈRES

4 *volumes reliés, avec figures et* 89 *planches en couleurs. . .* **156** fr.

TOME I : **36** fr. — TOMES II, III, IV, chacun : **40** fr.

ent de paraître :

Huitième édition
entièrement refondue

RIBEMONT-DESSAIGNES
Professeur de clinique obstétricale
à la Faculté de Médecine de Paris,
Accoucheur de l'Hôpital Beaujon,
Membre de l'Académie de Médecine.

G. LEPAGE
Professeur agrégé à la Faculté
de Médecine de Paris,
Accoucheur de la Maternité
de l'Hôpital Boucicaut.

Traité d'Obstétrique

vol. gr. in-8, de XIII-1574 *pages, avec* 587 *figures dans le texte,*
ont 452 *dessinées par* Ribemont-Dessaignes. *Relié toile.* **32** fr

Le même ouvrage relié en deux volumes. . . **35** fr.

est en 1893 que parut cet ouvrage dont les éditions se sont succédé avec rapidité. L'édition actuelle a subi de nombreux remaniements nécessités par l'évolution même de la ience obstétricale qui s'éclaire et progresse grâce aux découvertes faites dans les autres branches de la médecine.

M. LERMOYEZ
Membre de l'Académie de Médecine, Médecin des Hôpitaux de Paris.
Chef du Service oto-rhino-laryngologique de l'Hôpital Saint-Antoine.

Notions pratiques d'Electricité

à l'usage des Médecins, avec renseignements spéciaux pour les oto-rhino-laryngologistes

1 *vol. gr. in-8, de* XIII-863 *p., avec* 426 *fig., élégant cartonnage.* **20** fr.

Ce livre s'adresse aux praticiens : il a été spécialement et exclusivement composé pour leur usage. Jusqu'ici un tel ouvrage n'existait pas.

Le besoin existait d'un livre qui fût autre chose qu'un ouvrage d'électrothérapie, qui éliminât les formules des traités de physique et qui fût plus explicite que les catalogues des fabricants, bref d'un Manuel d'*Electricité Médicale*.



79 70?. — Imp. Lahure.